

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ALINE MOREIRA GONÇALVES

**DOS PORÕES AO HOSPÍCIO:  
a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos  
alienados em Minas Gerais, no século XIX**

Belo Horizonte  
2014

ALINE MOREIRA GONÇALVES

**DOS PORÕES AO HOSPÍCIO:  
a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos  
alienados em Minas Gerais, no século XIX**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação

Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Brandão Goulart

Belo Horizonte  
2014

Nome: Gonçalves, Aline Moreira

Título: Dos porões ao hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

**Prof. Dr. Marcos Vieira Silva**

Instituição: Universidade Federal de São João Del-Rei      Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Érica Lourenço**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais      Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Sônia Regina Costa Lages**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais      Assinatura: \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Maria Stella Brandão Goulart (Orientadora)**

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais      Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação a memória de Nelson Luiz de Souza, homem admirável e tio querido que a vida me permitiu escolher. Encerrou sua jornada antes que este trabalho fosse concluído, mas foi eternizado em meu coração por meio de seu carinho e exemplo de vida.

## AGRADECIMENTOS

A Maria Stella Brandão Goulart, por me receber de braços abertos na UFMG por despertar em mim o interesse pelas Santas Casas de Misericórdia. Obrigada por me acompanhar nesse caminho de idas e vindas.

A Érika Lourenço e a Marcos Vieira Silva, que gentilmente aceitaram participar de minha banca.

A Marília Novais da Mata Machado, por despertar em mim o interesse por voos mais longínquos, o desejo de abrir as asas e voar. Agradeço sua dedicação, paciência e sabedoria. O que se concretiza hoje é graças a sua presença em meu caminho.

A Maria Tereza Antunes Albergaria, Mestre com a qual sempre terei orgulho por ter convivido e aprendido.

Ao afetuoso Marquinhos, meu pai acadêmico! Ensinou-me que é possível ser Mestre e Ser Humano ao mesmo tempo.

A todos os professores, técnicos, funcionários e amigos da UFSJ. Vocês foram essenciais para que eu chegasse ao mestrado. Em especial, a Marcelo Silva, a Teka Amorim e a Maria das Mercês.

Aos amigos que conheci no LADHT (Laboratório de Direitos Humanos e Transdisciplinaridades da UFMG). A parceria e a convivência com vocês fez o caminho muito mais doce e belo. Em especial, Hernani, Áquila, Diego, Júlio, Matheus, Camila, Marina, Júlia e Carol.

A Juliana Marques, companhia quase que diária do primeiro ano de mestrado e pelas trocas valiosas. A Carla Luiza, jeitinho especial de ser e estar sempre disposta a ajudar. A Marcela Abreu, mineirinha-carioca sempre disponível e sábia em seus conselhos, obrigada pela leitura e pelos comentários valiosos em meu texto.

A Leísa Amaral e Eliane Silva, duas pérolas encontradas no caminho. Juntas formamos o trio Lalá, Lelé e Lili. Mais do que companheiras de orientação, amigas confidentes, conselheiras e parceiras. Obrigada pelas horas vividas, pelas noites de recepção em suas casas, pelos ouvidos sempre atentos, pelo colo disponível. Só pela amizade de vocês, já valeu caminhar!

Às amigas de república que fiz em Belo Horizonte, Ana Paula Rodrigues, Ana Luiza de Andrade, Helô Nascimento e Letícia Wolff.

Aos companheiros da turma de Mestrado 2012\2014 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG que compartilharam momentos de apreensão, de trocas e de aprendizado.

Ao Colegiado da Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG e aos técnicos Flávia e Fabrício, o apoio e auxílio sempre dispensados.

Aos amigos discentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG, Leidiane, Sérgio, Isabela, Jaíza, Marilene, Celso, André, Thales, Márcia e Flaviane. Com vocês, a Pós-Graduação se tornou mais concreta.

Aos amigos da UFSJ que seguiram comigo, mesmo que algumas vezes, por meio de longas distâncias, vocês acompanharam as angústias, os sofrimentos e as alegrias deste processo. Fernanda, Nathália, Patrícia, Sofia, Aline, Sábatha, Fernando, Franciane e Gláucia.

A Joseane Teixeira e a sua mãe, Rosângela Mendes, a receptividade em Ouro Preto e pelo auxílio em busca das fontes naquela cidade.

À Mesa-Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto na recepção e presteza.

A Valéria Kemp, a disponibilidade e gentileza no auxílio ao trabalho de campo em São João Del Rei.

A Jorge Paranhos e a José A. da Silva Santos, diretor e administrador-geral, respectivamente, da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, a disponibilidade no acesso ao acervo desta instituição.

A Roberto Bôscolo, o acompanhamento no acesso ao acervo Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e as preciosas informações disponibilizadas.

A Juscelino Brasiliano Roque, provedor da Santa Casa de Caridade de Diamantina, a sua disponibilidade e receptividade.

A Wander Conceição, a sua receptividade e importantes contribuições históricas sobre a História da cidade de Diamantina.

Ao amigo Wagner Alves, as preciosas indicações nas referências bibliográficas sobre a história de Minas Gerais e do Brasil.

Aos meus pais, por me darem a vida, e aos meus irmãos, por compartilharem-na comigo.

Aos tios e primos que, mesmo distantes, sempre torceram por mim.

Aos meus afilhados, Ana Luiza e Matheus, meu sopro de vida e esperança nos momentos de desânimo e por me encherem de alegria a cada encontro.

Aos meus amigos de Sete Lagoas, àqueles que compreenderam, com paciência, meus inúmeros momentos de ausência, de cansaço, de fadiga. Obrigada por se fazerem presentes mesmo quando eu não podia retribuir.

Enfim, a Deus, por cuidar sempre tão bem de mim e colocar sempre em meu caminho pessoas tão especiais e queridas.



*Agora, pois, permanecem a fé, a esperança e a caridade, estes três, mas o maior destes é a caridade. (Coríntios 13:13)*



## RESUMO

GONÇALVES, A. M. (2014). *Dos porões ao Hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A dissertação busca investigar a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX. Para isto, foi realizado o levantamento das Santas Casas de Misericórdia existentes na região mineira denominada Estrada Real. A relevância desta pesquisa se dá principalmente pela falta de informações da participação das Santas Casas de Misericórdia no processo histórico de constituição da assistência aos alienados, em Minas Gerais, no correr do século XIX. As Santas Casas existentes no Brasil e em Minas Gerais, tiveram um papel ativo desde o início do período colonial no acolhimento aos sujeitos com agravos à saúde ou com alguma queixa social. O objetivo principal da pesquisa foi investigar como se deu a participação das Santas Casas na construção da política de assistência aos alienados, nas regiões mineiras que fazem parte do circuito da Estrada Real. Os objetivos específicos foram: 1- a realização de um levantamento sistemático sobre a história das Santas Casas de Misericórdia que existiram em Minas Gerais, ao longo da Estrada Real, bem como o período de funcionamento destas; 2- identificar a possibilidade de acesso à documentação acerca das terapêuticas (saberes e práticas) associadas à assistência aos alienados no período demarcado; 3- investigar o lugar da Misericórdia nas ações do Estado sobre a sociedade, no que diz respeito à assistência aos alienados e, assim, contribuir para a discussão da relevância das instituições religiosas na assistência aos alienados em Minas Gerais. Como resultados da presente pesquisa, conclui-se que existiram 24 Santas Casas em Minas Gerais, até o fim do século XIX. Contudo, apenas as Santas Casas das cidades de São João del Rei e de Diamantina, chegaram a prestar um atendimento sistemático aos alienados durante o século XIX, em Minas Gerais. A Santa Casa de Caridade de Diamantina, inclusive, chegou a criar o Hospício da Diamantina, que teve uma existência curta, entre os anos de 1889 a 1906. A atuação da “Misericórdia” no processo de acolhimento aos alienados em Minas Gerais, se deu de forma muito específica. Ela esteve presente não apenas por meio da presença de Irmãs de Caridade e de suas práticas, mas também através da prática de leigos, de pessoas que levavam a sério as premissas cristãs de Caridade. Percebe-se ainda, que foi através do legado religioso, muitas vezes privado, que as Políticas Públicas em torno da assistência a saúde mental puderam se desenvolver.

Palavras-Chave: Santas Casas. Assistência aos alienados. Estrada Real. Minas Gerais.

## ABSTRACT

GONÇALVES, A. M. (2014). *Dos porões ao Hospício: a participação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

In this dissertation, we seek to investigate the role of the Holy Houses of Mercy in assisting alienated people in Minas Gerais during the nineteenth century. For this purpose, we conducted a survey of Holy Houses of Mercy existing in the region of Minas Gerais/ Brazil, specifically across the Royal Road (Estrada Real). The relevance of this research lies mainly in the lack of information about the contribution of the Holy Houses of Mercy in the historical constitution process of assistance to alienated people in Minas Gerais throughout the nineteenth century. The Holy Houses of Mercy existing in Brazil and in Minas Gerais have played an active role since the colonial period by sheltering individuals with health problems or victims of social abuse. The specific objectives of this dissertation were: 1) conduct a systematic survey on the history of the Holy Houses of Mercy existing in Minas Gerais, located in the Royal Road, as well as the period of operation of these institutions; 2) identify the possibility of access to documentation about the therapeutics (knowledge and practice) associated with assisting alienated people in the period studied; 3) investigate the role played by Mercy in the actions of State over society, with regard to assisting alienated people and, thereby, contribute to the discussion of the relevance of religious institutions in assisting alienated people in Minas Gerais. The results lead us to conclude that there were 24 Holy Houses of Mercy in Minas Gerais built until the end of the nineteenth century. We also concluded that these Holy Houses emerged from the design of the Royal Road. Nevertheless, only the Holy Houses located in São João del Rei and Diamantina have provided systematic attention to alienated people during the nineteenth century in Minas Gerais. The Holy House of Diamantina even created the Hospice of Diamantina, which had a short existence, from 1889 to 1906. The role played by "Mercy" in the sheltering process of alienated people in Minas Gerais occurred in a very specific way. It was present not only through the presence of the Sisters of Charity and their practices, but also through the practice of lay people with the premise of Christian charity. We realized also that it was through religious legacy, many times private, that public policies regarding mental health care have developed, in the period of Brazil Republic.

Keywords: Holy Houses. Assistance to people alienated. Royal Road. Minas Gerais.

## Lista de Figuras

FIGURA 1- Exemplar de uma receita da Botica da Santa Casa .....	111
FIGURA 2 – Foto da ante-capa de abertura do livro de registro de expostos.....	113
FIGURA 3 – Ata comemorativa da visita de D. Pedro II .....	114
FIGURA 4 – Assinatura de Dom Pedro II e de sua comitiva em visita à Santa Casa .....	115
FIGURA 5 – Carta do responsável pelo Colégio do Caraça.....	116
FIGURA 6 – Documento sobre a entrada de Maria Guilhermina.....	119
FIGURA 7 – Documento sobre a entrada de “Rufino Lopes” .....	120
FIGURA 8 – Documento de entrada de “Maria de Jesus” .....	120
FIGURA 9 – Termo de recolhimento de um alienado.....	122
FIGURA 10 – Folha de registro de pagamento dos empregados da Santa Casa.....	124
FIGURA 11 – Carta da Diretoria-Geral de Obras Públicas da Província de Minas Gerais .....	126
FIGURA 12 – Foto do edifício (Hospício da Diamantina) antes da reforma.....	128
FIGURA 13 – Foto do edifício (Hospício da Diamantina) depois da reforma .....	129
FIGURA 14 – Documento de fundação da Santa Casa de Caridade de Diamantina.....	134
FIGURA 15 – Foto do Hospício da Diamantina.....	138

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 História Social e História Problema: algumas considerações sobre método.....</b>	<b>26</b>
<b>2 HISTÓRIA DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA: ENTRE O PODER RÉGIO E A SOCIEDADE, ENTRE A IGREJA E O ESTADO LAICO .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Experiências medievais de caridade e o ideal de pobreza .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2 A mudança de visão: da pobreza divina à pobreza profana.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3 A fundação da primeira Santa Casa de Misericórdia: antecedentes e atores.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4 O compromisso da Misericórdia: um estatuto relativo .....</b>	<b>46</b>
<b>2.5 A consolidação das Misericórdias e as rupturas da fé.....</b>	<b>52</b>
<b>3 HISTÓRIA DA LOUCURA: COMPILANDO NORMAS E SABERES .....</b>	<b>55</b>
<b>4 AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIAS NO BRASIL: CARIDADE E POLÍTICA ....</b>	<b>69</b>
<b>4.1 A colônia brasileira: seus contrastes, suas Misericórdias. ....</b>	<b>71</b>
<b>4.2 As Misericórdias nas Minas Gerais da Estrada Real .....</b>	<b>79</b>
<b>5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO BRASIL .....</b>	<b>84</b>
<b>5.1 A função social do hospital no Brasil .....</b>	<b>87</b>
<b>5.2 1808: um acontecimento .....</b>	<b>90</b>
<b>5.3 A saúde no Brasil como um desafio político .....</b>	<b>92</b>
<b>5.4 Os alienados: alvos de uma medicina do comportamento e a cientificidade brasileira em voga .....</b>	<b>95</b>
<b>5.5 A instituição para os alienados: o hospício .....</b>	<b>98</b>
<b>5.6 A loucura como uma questão de Estado.....</b>	<b>103</b>
<b>6 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL MINEIRA: OS CAMINHOS DOS ALIENADOS ..</b>	<b>106</b>
<b>6.1 A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e seu contexto .....</b>	<b>108</b>
<b>6.2 O regimento interno da Santa Casa .....</b>	<b>111</b>

<b>6.3 Os alienados.....</b>	<b>117</b>
<b>6.4 A Santa Casa de Caridade de Diamantina – O Hospício da Diamantina.....</b>	<b>128</b>
<b>6.5 O arraial do Tejuco .....</b>	<b>131</b>
<b>6.6 A Santa Casa de Diamantina .....</b>	<b>133</b>
<b>6.7 O Hospício da Diamantina .....</b>	<b>137</b>
<b>6.8 Alienação e medicina social em Diamantina .....</b>	<b>141</b>
<b>7 O PROJETO DE ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA MINEIRAS, DO SÉCULO XIX – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>147</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>158</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>160</b>
<b>ANEXO A – Santas Casas de Misericórdia do Brasil, por ano de criação, até o séc. XIX....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO B – Santas Casas em Minas Gerais, por ano de criação .....</b>	<b>169</b>

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação em Psicologia Social trata de propor pauta de pesquisa para as práticas assistenciais religiosas que se desenvolveram no Brasil, por meio das Santas Casas de Misericórdia, especialmente, no século XIX. Investiga-se se a assistência aos alienados teria começado antes de 1903, em Minas Gerais, com outros atores além dos que conhecemos (Duarte, 2011; Pereira, 1998-1999). Ainda, investigamos se essa possível prática assistencial teria uma primazia nacional, sinalizando marco anterior ao ano de 1852, com a criação do Hospício Dom Pedro II, no Rio Janeiro (Facchinetti, 2011; Moretzsohn, 1989; Machado et al., 1978). Nesse sentido, acreditamos ser de grande relevância contar uma versão de nossa história em relação à assistência à saúde mental que não é muito conhecida e que na maioria das vezes é vista como o reflexo de um movimento europeu.

Dessa forma, contribuir para a discussão da relevância do estudo das instituições religiosas na assistência aos alienados em Minas Gerais e no Brasil é o nosso ponto de partida. Investigar a atuação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX, é nosso objetivo principal, que, por sua vez, se desdobra nos seguintes objetivos específicos: realizar um levantamento sistemático sobre a história das Santas Casas de Misericórdia que existiram em Minas Gerais, ao longo da Estrada Real, bem como o período de funcionamento destas; identificar a possibilidade de acesso à documentação acerca das terapêuticas (saberes e práticas) associadas à assistência aos alienados no período demarcado; investigar o lugar da “misericórdia<sup>1</sup>” nas ações do Estado sobre a sociedade, no que diz respeito à assistência aos alienados e, assim, contribuir para a discussão da relevância das instituições religiosas na assistência aos alienados em Minas Gerais. Nesse sentido, discutir a forma como essas instituições religiosas chegam ao Brasil, especialmente ao Estado de Minas Gerais, e como se dá o seu funcionamento, é o traçado que seguimos para atender a esses objetivos iniciais.

A primeira Santa Casa de Misericórdia construída em Minas Gerais foi a Santa Casa de Misericórdia de Vila Rica (atual Ouro Preto), em 1735. Quando criadas no Brasil e, especificamente em Minas Gerais, as Santas Casas de Misericórdia não logravam mais de tanto prestígio régio<sup>2</sup> como as que foram criadas nos séculos XVI e XVII, em Portugal e, posteriormente, no Brasil, nos

---

<sup>1</sup> A palavra “misericórdia”, em suas raízes latinas, quer dizer: *misere* e *cordis* que significa *doar seu coração a outrem*. Em *latu senso*, quer dizer *doar a quem necessita*, ou *dar aos carentes*, o que deflagrou nos sinônimos mais usados, *compaixão* e  *piedade* (Pereira, 2004).

<sup>2</sup> Prestígio Régio, aqui, se refere ao reconhecimento da Coroa Portuguesa na criação e na manutenção das Santas Casas de Misericórdia.

séculos XVII e XVIII. Por sua vez, as Santas Casas de Misericórdia de Minas Gerais tiveram seus projetos de criação e de atuação muito diferenciados daquelas Santas Casas que nasceram nos dois séculos anteriores no Brasil Colônia. Esclarecer por que as Santas Casas de Misericórdia não chegaram a Minas Gerais com um apoio significativo da Coroa Portuguesa, é uma questão que também nos moveu ao aprofundar a pesquisa sobre cada projeto individual das Misericórdias mineiras. Dessa forma, iremos dissertar principalmente sobre as Santas Casas de Misericórdia das cidades de São João del-Rei e Diamantina. São dois projetos diferentes entre si e com especificidades que podem contribuir para novas leituras da história da assistência à saúde mental em Minas Gerais.

É importante ressaltar que a ideia da presente dissertação surgiu ao questionar a participação das Santas Casas de Misericórdia na política de assistência aos alienados nos séculos XVIII e XIX em Minas Gerais. O intuito de desenvolver esta pesquisa nasceu no contexto da disciplina eletiva *História da Política de Saúde Mental Mineira*, na Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Já no contato com os primeiros textos e conteúdos da disciplina e, construídas as primeiras indagações sobre as lacunas da história de assistência aos alienados, comecei a questionar o lugar das Santas Casas de Misericórdia no processo histórico de constituição da política de assistência à saúde mental em Minas Gerais. Contudo, o fato de ter residido aproximadamente<sup>3</sup> cinco anos na cidade de São João del-Rei, em Minas Gerais, estudando no curso de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), e nunca sequer ter ouvido falar sobre as questões históricas, políticas e/ou sociais daquela cidade e de sua Santa Casa de Misericórdia na assistência à loucura foi o que me levou a realizar esta pesquisa. Sendo assim, iniciei um trabalho de revisão bibliográfica sobre a história das Santas Casas de Misericórdia para melhor entender a sua existência no Brasil e, especialmente, em Minas Gerais.

Meu questionamento se tornou mais preciso com a leitura do livro *História da psiquiatria mineira*, no qual Moretzsohn (1989) informa que junto às Santas Casas de Misericórdia dos municípios de São João del-Rei e Diamantina, “existiam anexos psiquiátricos” (p. 9) nos quais, segundo o autor, os pacientes eram recebidos e hospitalizados já no século XIX. Outra citação importante nesse sentido foi feita por Hiram Firmino (1982), em seu livro *Nos porões da loucura*, em que o jornalista confirma, utilizando uma reportagem do jornal *Estado de Minas*, que os primeiros tempos da psiquiatria em Minas Gerais, antes do aparecimento das leis oficiais de assistência, em 1903, foram marcados pelo:

---

<sup>3</sup> Residi em São João del-Rei entre julho de 2006 e dezembro de 2010.

... fio místico, infalível a tradição de todos os Estados brasileiros, pois o primeiro esboço de hospitalização se liga a um passado conventual da lendária Ouro Preto [...] Os doentes mentais, fora disto, pagavam o tributo de uma liberdade ou de escravidão humana, nas cadeias públicas de nossos interiores, mesmo nas nossas melhores cidades (p. 81-82).

Esta citação é importante porque faz referência ao cuidado hospitalar que era praticado já no século XVIII, em Minas Gerais, por meio da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto. Embora a Santa Casa de Ouro Preto não tenha sido uma referência em questão de atendimentos assistenciais, sendo relegada a outras Irmandades mais antigas, presentes naquela localidade, seu funcionamento se fez presente.

Ao entrar em contato com os trabalhos de Helder Pereira (1998,1999), historiador dedicado às questões políticas e sociais da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, as indagações relativas à complexidade da assistência aos alienados, desenvolvida durante o século XIX em Minas Gerais, tornaram-se mais inquietantes. Segundo o autor, o serviço de atendimento em saúde mental desenvolvido em uma unidade psiquiátrica da Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei, ainda que não fosse o único, era o primeiro da Província de Minas Gerais (Pereira, 1999). Conforme o mesmo autor, tal constatação pode ser feita nos documentos existentes na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei: “em toda província [era] o único estabelecimento que [se tinha] para alienados e esta classe de infelizes [era a] que mais [sobrecarregava] este estabelecimento.” (p. 24). Pude corroborar essas informações por meio do depoimento<sup>4</sup> do psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, que também realizou pesquisas na Santa Casa de São João del-Rei. Ele afirma que de 1817, quando internaram o primeiro louco, até 1902, essa Santa Casa chegou a abrigar em seu “anexo psiquiátrico” até 488 alienados, recebendo inclusive pacientes de outras nacionalidades.

Poucos são os autores que se dedicam ao estudo das Santas Casas de Misericórdia em Minas Gerais (Franco, 2011; Rodrigues, 1998/1999). Quando o assunto é referente à assistência aos alienados, esse trabalho é inexistente no que diz respeito ao conjunto das Misericórdias que atuaram em Minas Gerais, ou ele é realizado de forma específica sobre as Santas Casas, como é o caso de Alvarenga (2009) e Magnani (2008). A maior parte das citações sobre as Santas Casas de Minas Gerais é realizada apenas de forma pontual, em pequenas passagens<sup>5</sup> (COELHO, 2011).

De acordo com a bibliografia pesquisada, existem 24<sup>6</sup> Santas Casas construídas no território mineiro entre o século XVIII e o século XIX, ou seja, do período colonial ao início da República, sendo a primeira Santa Casa, a da cidade de Ouro Preto, criada em 1730 e a última, a da cidade de Itapeverica, em 1899. Contudo, são quatro as Santas Casas mineiras majoritariamente citadas entre

<sup>4</sup> Depoimento concedido a mim, por Coelho, em seu consultório médico (2011).

<sup>5</sup> Teremos contato com a maioria destes autores no decorrer do texto.

<sup>6</sup> Ver a tabela 2 em anexo.



as referências estudadas, que se encontram nas cidades de Ouro Preto, São João del-Rei, Diamantina e Sabará. Elas são as quatro primeiras Santas Casas criadas em Minas Gerais, três ainda no século XVIII e a última, na segunda década do século XIX. No que se refere à sistemática de assistência prestada, são elas também, as quatro Santas Casas mais antigas de Minas Gerais. Todas quatro existem até hoje.

Poucos são os relatos sobre cada uma dessas primeiras Santas Casas e de suas práticas de assistência durante seus anos de atividade, principalmente, no período que nos interessa: século XIX. Ainda assim, algumas referências encontradas se mostraram contraditórias e incompletas. Um exemplo é a Santa Casa de Caridade de Diamantina, que não chegou a receber autorização régia para funcionar e, por isso, presume-se que não seja considerada, deixando de ser citada em algumas referências; ou a Santa Casa de Misericórdia de Sabará, que sem motivo aparente, é ignorada em outros trabalhos.

Dessa forma, a presente pesquisa se justificou, principalmente, pela suposta precedência de uma prática assistencial voltada para alienados nas Santas Casas de Misericórdia. Sabe-se que, para abordar o período estudado, é importante nos atentarmos para as estruturas políticas e administrativas brasileiras. Percorremos pelo Brasil Colonial, Imperial e pelo início da República, períodos muito singulares e que implantaram na sociedade brasileira características extremamente significativas. Sabemos que, do período colonial até os dias de hoje, muitas mudanças ocorreram na assistência à saúde mental no Brasil, porém, pouco se conhece sobre a participação das Santas Casas de Misericórdia nesse processo.

De acordo com Moretzsohn (1989), a Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei teria tido a “primazia da assistência psiquiátrica em Minas Gerais e também no Brasil, haja vista que o movimento da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que deu origem oficialmente à assistência aos alienados brasileira, ocorreu apenas no início do séc. XIX” (p. 9). Roberto Machado et al. fazem referência a essa fundação em um de seus livros “Em 1829, surge a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, sem dúvida o grupo mais representativo desse novo estilo de medicina que lutará, de diversas maneiras, para impor-se como guardião da saúde pública (Machado et al., 1978, p. 185). Assim, Coelho (1973), em seu artigo *Primeira unidade psiquiátrica em hospital-geral no Brasil*, corrobora essa relevância:

Marco notável foi a existência, durante cerca de cem anos, de uma enfermaria para doentes mentais. Trata-se da primeira unidade psiquiátrica em hospital de que temos notícia. Estes são os principais indícios de que os primeiros cuidados especiais com o doente mental no Brasil se realizaram aí [São João del-Rei], fato ainda não registrado na história da psiquiatria brasileira. (Coelho, 1973, p. 4)

Sendo assim, podemos dizer que o estudo do território mineiro tem específica relevância na “história da loucura brasileira”. Mas, infelizmente, o Estado de Minas Gerais é referido na história de assistência à saúde mental brasileira, na maioria das vezes, somente a partir do início do século XX, quando da inauguração do Hospital Colônia de Barbacena em 1904. Portanto, faz-se necessário um resgate histórico-crítico do período que compreende a atuação das Santas Casas de Misericórdia em Minas Gerais (Coelho, 1973; Moretzsohn, 1989; Viana & Cirino, 1984). E, conforme afirma Anthony John R. Russell-Wood<sup>7</sup>, “As filiais das Santas Casas de Misericórdia iam desde Nagasaki, no Japão, a Ouro Preto, no interior do Brasil” (Russell-Wood, 1981, p. 1).

Optamos por investigar a participação das Santas Casas de Misericórdia na história da política de assistência a saúde mental mineira, a partir dos caminhos delineados pela Estrada Real. Pode-se dizer que essa estrada inaugurou o caminho da conquista, o caminho do ouro, dos diamantes e, principalmente, do poder a partir do Brasil Colonial. A Estrada Real foi construída entre fins do século XVII e início do século XVIII, estabelecendo a ligação entre o Rio de Janeiro e as províncias que seriam exploradas em Minas Gerais. Entre essas províncias, há dois pontos de destaque, os distritos de Vila Rica (atual Ouro Preto) e Vila do Príncipe/Arraial do Tijuco (atuais Serro e Diamantina, respectivamente). A Estrada Real teve em sua trajetória dois caminhos. O caminho antigo ligava a cidade Paraty, no Rio de Janeiro, à Vila Rica, em Minas Gerais; e o caminho novo vai da cidade de Paraty até o Arraial do Tijuco (Diamantina). O caminho novo foi construído após a descoberta dos diamantes na região do Serro. Assim, a Estrada Real é:

Além de sua importância como espinha dorsal do ciclo do ouro que se processa durante o século XVIII, a Estrada Real se constitui na base de formação do conhecimento geocientífico, da formação político-cultural e do ordenamento territorial de sua região de influência, reunindo pré-requisitos para a estruturação e desenvolvimento da nação brasileira. Tal papel se sobressai principalmente a partir da transferência da Família Real para o Brasil em princípios do século XIX (1808), quando são implementadas inúmeras ações que estimulam a formação político institucional e o desenvolvimento do país, a maioria das quais encontram, na infraestrutura da Estrada Real, as bases indispensáveis para os respectivos êxitos e repercussões que reverberam até os dias atuais. Destaca-se, conseqüentemente, o papel da Estrada Real como um dos principais elementos estruturantes do desenvolvimento político-cultural e sócio-econômico do Brasil. (Calaes & Oliveira, 2009, p. 21)

A partir da citação acima, podemos observar a importância de fazermos esta pesquisa seguindo os caminhos delineados por meio das datas, dos acontecimentos e das escolhas que circundam a construção e o desenvolvimento da Estrada Real, principalmente, no que diz respeito ao fim do séc. XVIII e ao longo do séc. XIX. É justamente no caminho da Estrada Real que estão as cidades mineiras de Ouro Preto, São João del-Rei, Diamantina e Sabará, e é a partir dessas cidades, espaços de poder, que são citados os primeiros relatos de assistência ou de abrigo por meio das Santas

---

<sup>7</sup> Pesquisador Inglês que se dedicou as questões do Brasil Colonial, realizando um dos primeiros grandes trabalhos sobre a história das Santas Casas de Misericórdia do Brasil.

Casas. Assistência aqui, em sentido amplo: material, social e, principalmente, espiritual. Justifica-se, assim, o resgate de uma das muitas histórias da assistência em saúde mental brasileira. História essa, muitas vezes, relegada a um passado distante. Entretanto, não podemos nos esquecer de que é somente quando olhamos para o passado, com olhares curiosos e atentos, que podemos compreender muitas lacunas do presente.

Para entendermos mais sobre as Santas Casas de Misericórdia, desde sua criação até o fim do século XIX, para compreendermos sobre sua forma de atuação e de assistência, principalmente aqui, em Minas Gerais, faremos uma incursão em temas caros ao entendimento dessas instituições singulares. Instituições que por muito tempo geriram sozinhas a assistência seja ela social ou de saúde no Brasil. Discutiremos, na presente dissertação, como o conceito da loucura foi se modificando, como o conceito da loucura enquanto doença entrou em cena, bem como as diversas representações que ela adquiriu ao longo dos séculos. Será exposta também – com base no livro *História da loucura*, de Michel Foucault –, a visão que é amplamente divulgada sobre a trajetória da loucura no continente europeu. Isso se faz importante para que tenhamos uma visão ampla do que estava acontecendo na Europa no século XIX. Assim, é importante se ater a Portugal, país colonizador do Brasil, que não teve um modelo de assistência específico como a Inglaterra, França, Alemanha, citados por Foucault. Partimos do pressuposto de que o modelo português, trazido para o Brasil por meio das Santas Casas de Misericórdia, tenha sido um modelo singular, mais homogêneo e específico. Dessa forma, o Brasil passaria a ter sua semelhança a um modelo europeu mais amplo apenas com o início da República, em fins do século XIX.

Tentaremos mostrar como esses conceitos e essas experiências foram construídas e desenvolvidas ao longo do tempo, de acordo com as demandas de cada sociedade, seguindo as formas de viver e de elaborar as vivências no meio dos demais corpos sociais, dos meios de produção e da população que se desenvolvia; cada sociedade sobre posse de suas condições de trabalho, de produção, marcadamente, específicas, no caso de Portugal e, principalmente, no caso do Brasil.

No capítulo 1, aborda-se fontes secundárias, autores e projetos que foram importantes para que esta dissertação pudesse tomar forma. Fala-se da metodologia utilizada, ancorada na revisão bibliográfica e no levantamento de informações históricas através de entrevistas. É contado todo o trajeto percorrido até o alcance das fontes primárias, as dificuldades, e as conquistas.

No capítulo 2, é relatada a história de criação das Santas Casas de Misericórdia, passando antes pelas experiências medievais de caridade e o ideal de pobreza que imperou a partir do século VI, na Europa, com o advento do franciscanismo. Fala-se sobre as primeiras formas de filantropia e sobre

as primeiras congregações criadas para realizar tal gesto. Discute-se a mudança de visão que começou a nascer em relação à pobreza, que deixou de ser divina para ser tornar profana. Conta-se sobre a fundação da primeira Santa Casa de Misericórdia, em Lisboa, em 1498, considerando os antecedentes e atores envolvidos nessa fundação. Relata-se sobre o compromisso da Misericórdia, o estatuto que geriu a fundação de novas Misericórdias e, finalmente, discute-se sobre a consolidação das Santas Casas de Misericórdias em Portugal e em suas colônias, bem como os rumos que essas Irmandades foram tomando com o passar dos séculos, a grande burocratização a que elas foram submetidas e o afastamento em relação à fé.

Já no capítulo 3, discute-se sobre a *História da loucura*, de Foucault (2012). Discute-se sobre as casas de internamento que, segundo Foucault (2012), foram criadas em toda a Europa e que teriam dado origem aos Hospitais-Gerais. Discute-se o papel da Igreja Católica na reordenação da assistência europeia, que teria sido marcadamente um movimento da burguesia e da monarquia real. Faz-se uma aproximação sobre a “experiência clássica” da loucura e a história das Santas Casas de Misericórdia, além de se discutir sobre o Grande Internamento, movimento que, segundo Foucault (2012), teria ocorrido em toda a Europa. Finalizando o capítulo, discorreremos, sobre as experiências clássicas de classificação da loucura, conduzidas por Pinel<sup>8</sup> e Tuke<sup>9</sup>, e as possibilidades terapêuticas desenvolvidas no grande internamento, nos hospitais-gerais e, por fim, no asilo.

No capítulo 4, é contada a história das Santas Casas de Misericórdias no Brasil. Explicita-se por que as Santas Casas de Misericórdia, juntamente com as Câmaras Municipais, foram as precursoras do modelo colonizador português que foi exportado para o Brasil e para as demais colônias portuguesas. Discute-se sobre a expansão das Misericórdias no território brasileiro, do movimento de criação de novas congêneres – inicialmente abundante e a posterior redução na criação de novas Irmandades da Misericórdia. É também discutida as formas de financiamento que as Misericórdias brasileiras obtiveram, financiamentos que foram, sobretudo, garantidos ou negligenciados pelas elites locais, o que ocasionou em fatores de sucesso ou de infortúnios para essas Irmandades. Por fim, conta-se como as Misericórdias chegaram ao território mineiro, percorrendo o caminho de colonização até sua superação com o primeiro reinado e exploração das terras em busca de pedras preciosas, que deflagrou na criação do caminho da Estrada Real.

Chegando ao capítulo 5, vamos tratar de como se deu a assistência à saúde mental no Brasil. Inicialmente, assistência aos alienados. Tenta-se deixar claro que, embora a psiquiatria brasileira

---

<sup>8</sup> Philippe Pinel (1745 - 1826), um médico francês que foi por muitos considerado o pai da psiquiatria. Ressaltou-se pela tentativa de tratar os loucos como doentes e não com repressão. Foi também o primeiro médico a tentar descrever e classificar a loucura.

<sup>9</sup> William Tuke (York, 1732 - 1822) foi um negociante e filantropo inglês, conhecido por iniciar um tratamento “humanizado” para os alienados. Construiu o Asilo de York, em 1792.

tenha tido suas primeiras formulações e códigos, bem como leis oficiais, apenas a partir de meados do século XIX, no Brasil já Independente, que é impossível entender como se deu esse processo sem percorrer a nossa história desde os tempos coloniais. Como apropriação teórica, utiliza-se como referência neste capítulo, o livro *Danação da norma*, de Roberto Machado et al. (1978).

No capítulo 6, discute-se a criação da assistência à saúde mental mineira a partir dos caminhos percorridos pelos alienados. Descreve-se como a Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei foi criada e como se constituiu uma referência em atendimento para a sua região; mostra-se o seu contexto de existência, a partir de seu regimento interno. Estuda-se como se deu a apropriação dos alienados pela Santa Casa e as inúmeras tentativas no sentido de melhorar o atendimento que a eles era prestado. Argumenta-se, com base na documentação encontrada em seu acervo e na literatura secundária utilizada, a sistematicidade de atendimento aos alienados daquela época. Mostra-se, enfim, que houve uma assistência aos alienados na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, já no início do século XIX, mas com o seu fim no início do século XX. Ainda no capítulo 6, apresenta-se como a Santa Casa de Caridade de Diamantina pôde chegar a construir o seu *Hospício da Diamantina*, com ares modernos e estrutura terapêutica, já no fim do século XIX. Apresenta-se o contexto do Arraial do Tejuco, naquele momento e os fatores que permitiram essa apropriação da loucura pela cidade de Diamantina. Demonstra-se ainda os resultados e as formas pelas quais o Hospício não chegou a ter uma duração longínqua, questionando ainda o seu não reconhecimento da historiografia brasileira que se trata da história da assistência aos alienados, sobretudo, em Minas Gerais, na condição de um projeto interrompido.

No sétimo capítulo, com base nos documentos encontrados, nas referências utilizadas e nas análises possíveis, traçamos as considerações finais da presente dissertação, em torno do que se convencionou chamar de “o projeto mineiro de assistência aos alienados, do século XIX”. Nele, discutimos os resultados da pesquisa e as reflexões que foram sendo suscitadas ao longo do presente trabalho.

Por fim, no capítulo 8, temos as conclusões finais da presente dissertação e delineamos futuras pautas de pesquisa que poderão esclarecer melhor sobre a assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX, a partir das Santas Casas e de suas relações com a religião.

## 1 METODOLOGIA

A realização desta pesquisa foi uma grande empreitada. Diversos caminhos, referências que levaram a outras referências, que, por vez, se tornavam indispensáveis. Foi preciso utilizar o critério de saturação, uma vez que eu sempre achava uma referência importante, necessária. Foi preciso um limite pessoal, mas, principalmente, um limite no tempo. No início, quando se inicia o mestrado, achamos que dois anos é muito tempo, mas não é. Devido à quantidade de créditos a cumprir e às demais exigências do mestrado, começa-se, de fato, a escrever no segundo ano. Antes disso, referências, textos e livros vão se acumulando cada vez mais. Considero que o grande esforço da pesquisa foi o levantamento de referências, a quantidade de livros, artigos, textos e também de *sites* para pesquisas. A verificação do que seria ou não importante, foi extremamente difícil. E, assim, a dissertação foi se consolidando, por meio dos fichamentos, das ideias e, é claro, da escrita.

Além das referências já citadas na Introdução, é importante afirmar que os trabalhos de Helder Rodrigues foram de extrema importância. Entrei em contato por telefone e ele se mostrou muito solícito. Troquei diversos *e-mails* com informações e referências muito caras a esta dissertação. Embora já no primeiro contato, Helder tenha me informado que não pesquisava mais sobre o tema das Santas Casas de Misericórdia, sua contribuição inicial foi de extrema importância para desvendar importantes fatos e fontes. Graças à cordialidade do autor, recebi em minha casa cópias de seus trabalhos realizados no momento em que os arquivos digitados eram ainda guardados em disquetes (que, por sinal, não sobreviveram ao tempo).

Outro trabalho importante foi a dissertação de Liliane Alves Fernandes – *As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira 1922-1945* –, realizada na Universidade de Évora, em Portugal. A dissertação dela foi meu primeiro contato com as principais pesquisas e autores portugueses que investigam a criação e a atuação das Misericórdias, sejam elas portuguesas ou de além-mar.

Mais um encontro importante foi com o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, que me recebeu em sua clínica, contou-me sobre sua história e sobre suas pesquisas como médico da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e, sobretudo, apresentou-me e me presenteou com o livro *História da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (1783-1983)*, de autoria de Luís de Melo Alvarenga, farmacêutico e pesquisador da dita Santa Casa. Nesse livro, pude encontrar importantes fatos e fontes que afinaram e deram consistência à minha pesquisa.

Outro importante trabalho que contribuiu com muitas referências e fatos foi a tese de Renato Franco – *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa*. Trabalho muito bem articulado e de muita importância para o meu aprofundamento na criação e na atuação das Santas Casas de Misericórdias brasileiras, além de contribuir com muitas informações políticas e econômicas do período estudado.

O livro *Hospício da Diamantina*, resultado da dissertação de Maria Cláudia Almeida Orlando Magnani, foi também uma importante referência<sup>10</sup>. A obra abriu caminhos sobre a atuação da Santa Casa de Caridade de Diamantina e esclareceu sobre os rumos de criação, manutenção e da existência do inóspito Hospício da Diamantina. O livro ainda me permitiu entrar em contato com pesquisas realizadas aqui no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, sobre a atuação de outras Santas Casas de Misericórdia.

E, finalmente, outro trabalho importante para a realização do levantamento de dados e confronto das informações foi o *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia*, coordenado pela professora Yara Aun Khoury, da Pontícia Universidade Católica de São Paulo. O *Guia* consta de dois volumes e é um trabalho desenvolvido em nível nacional, visando ao levantamento de dados acerca da disponibilidade de acervos ainda existentes nas Santas Casas.

Após o levantamento, o estudo e a elaboração dessas informações encontradas, tentei realizar visitas às Santas Casas para conhecer os acervos. Este, por sua vez, foi um trabalho delicado e que requereu extrema polidez e contato com pessoas próximas às direções das Santas Casas. Na Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, fui muito bem recebida, após ter sido indicada por uma amiga e a mãe dela, que haviam trabalhado na instituição. Graças ao respeito e à consideração pelo trabalho de minha amiga e pelos muitos anos de dedicação da mãe dela à Santa Casa, que foi em minha companhia no dia da primeira visita, fui extremamente bem recebida pela diretora da Santa Casa e pelos demais membros. A diretora me recebeu e foi muito polida em responder as minhas perguntas e me contar um pouco sobre a história e atuação da Santa Casa; contudo, ela era mais dedicada às questões atuais da Santa Casa e fez questão de me mostrar todo o funcionamento atual da instituição, bem como ressaltar as importantes conquistas da Santa Casa para a cidade de Ouro Preto e região. A SCM de Ouro Preto é, até os dias de hoje, o único hospital a atender a cidade e grande parte da região.

Para responder às questões históricas da Santa Casa, a diretora da Mesa Administrativa da Santa Casa me indicou uma moradora da cidade de Ouro Preto que havia feito um trabalho anterior sobre

---

<sup>10</sup> O livro foi encontrada por acaso, na biblioteca da UFMG. Um dia, realizando outras buscas na biblioteca em companhia de minha amiga de mestrado, Leísa Amaral, ela, por acaso, viu o livro em uma estante. Eu ainda não sabia da existência dessa obra.

a história e atuação da Santa Casa e, segundo a diretora, chegou a receber um prêmio de uma Universidade Portuguesa sobre seu trabalho. Após o primeiro contato com essa pesquisadora por telefone, ela me passou seu *e-mail*. Entretanto, após vários *e-mails* enviados e tentativas frustradas de estabelecer novo contato e de, talvez, marcar uma entrevista, resolvi abandonar essa informante que, por motivos alheios ao meu conhecimento, não se dispôs a contribuir com as informações das quais possuía. Nesse sentido, o trabalho de Renato Franco, atendeu a esses quesitos e foi de extrema importância para o levantamento das questões históricas em relação à Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto.

Em relação à visita à Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, esta representou um percurso longo e exaustivo. Realizei três tentativas de visita que, ao todo, duraram seis meses. Por último, só foi possível o contato após solicitar a intervenção da reitora da Universidade Federal de São João del-Rei, que, com presteza e atenção, ligou ao diretor da Santa Casa. No dia seguinte, fui recebida com disponibilidade e grande abertura. Na primeira visita, no mês de janeiro de 2013, fiz contato com a secretária da administração e entreguei uma carta de apresentação em que solicitava uma conversa com o diretor. No dia seguinte, a secretária me respondeu que o momento era de transição na diretoria da Santa Casa e que não havia funcionário para acompanhar qualquer pesquisador ao acervo. A segunda tentativa, no mês de abril de 2013, em contato com a mesma funcionária, não consegui. A funcionária apenas me informou que eu poderia fazer uma nova tentativa em alguns meses. Já na terceira tentativa, já no mês de julho de 2013, retornei à Santa Casa com uma nova carta de apresentação, dessa vez assinada pela minha orientadora. A porta de entrada para a Santa Casa era conversar com a mesma secretária da administração. Refiz o contato inicial, expliquei novamente o meu interesse em conhecer o arquivo da Santa Casa e a funcionária apenas me deu a mesma resposta das outras tentativas. Quando questionei sobre essa resposta, dizendo que ela havia me sido dada em janeiro, a secretária não se manifestou. Então, desisti de insistir por essa via e saí da Santa Casa extremamente decepcionada. Já não segurava mais meu cansaço em decorrências de três tentativas frustrantes e as lágrimas escorreram. Foi nesse momento que decidi procurar a reitora da UFSJ e solicitar a intervenção dela. Após algumas horas de espera na sala da reitoria, onde fui muito bem recebida pelas secretárias, que se solidarizaram com o meu estado de pesquisadora-frustrada-chorona, a reitora, entre uma de suas reuniões, veio em minha direção e disse que já havia conversado com o diretor da Santa Casa e que ele se dispôs, prontamente, a me receber no dia seguinte.

No dia seguinte, fui recebida pelo diretor da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, que fez questão de pedir desculpas pela falta de comunicação e disse que sempre esteve aberto aos



pesquisadores que se interessam pelo acervo da Santa Casa. Ele me apresentou as dependências da Santa Casa, entre elas a antessala na qual estava guardado o acervo da Misericórdia. Pedindo desculpas por não poder me acompanhar na visita ao acervo, solicitou que a secretária dele me encaminhasse ao administrador-geral da Santa Casa, para que ele disponibilizasse um funcionário que pudesse me acompanhar durante o manuseio do acervo, uma vez que é protegido por sistemas de alarme e, como medida de segurança, não pode ser manuseado sem a permanência de um membro da instituição.

Ao encontrar com o administrador, percebi que, por ironia, ele divide a sala com a secretária com a qual fiz o primeiro contato apenas por uma parede. Bem, se inicialmente eu soubesse dessa distância, teria tentado conversar diretamente com o administrador. O fato é que fui muito bem recebida por ele, que se desculpou pela dificuldade inicial e se dispôs, prontamente, a me ajudar. Contou-me um pouco sobre a história da Santa Casa e de seu acervo, informando-me que a melhor pessoa para me acompanhar no acesso ao acervo, era um senhor, voluntário e Irmão da Santa Casa há muitos anos e auxiliar institucional do IPHAN/IBRAM. Esse senhor era o responsável pelo acervo e possuía uma cópia da chave do mesmo. Assim, o administrador entrou em contato com o senhor por telefone, o qual se dispôs a me acompanhar no acervo naquele mesmo dia. Assim se deu o acesso ao acervo da Santa Casa de Misericórdia de São João del Rei,

Já em contato com o referido senhor, contei a ele sobre a minha pesquisa e ele me informou que sempre aparecem pessoas interessadas em pesquisar o acervo da Santa Casa, contudo, isso tem sido dificultado nos últimos tempos devido a algumas políticas internas da Santa Casa. O referido senhor disse ser irmão da Santa Casa e o responsável pelo acervo há mais de trinta anos. Ele trabalhou com Luís de Melo Alvarenga, farmacêutico, antigo irmão e provedor da Santa Casa de Misericórdia e representante político de São João del-Rei. O responsável pelo acervo me disse que trabalhou com Luís de Melo Alvarenga na preparação dos documentos do acervo para a escrita do livro dele, *História da Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei*. Os resultados e as análises dessa pesquisa e das informações dadas pelo responsável pelo acervo estão ao longo do presente trabalho.

A última visita realizada foi ao acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina, realizada já no mês de novembro do ano de 2013. A Santa Casa de Caridade de Diamantina foi a responsável pela construção e manutenção do “Hospício da Diamantina”. A presente visita teve suas dificuldades pela distância da cidade, por não conhecer ninguém que de alguma forma fosse ligado à Santa Casa e por alguns contratemplos na tentativa de manter contato com a instituição. Contudo, quando fui atendida pela secretária do provedor, a visita foi delicadamente aceita e agendada. Houve uma

disponibilidade ímpar em me receberem na Santa Casa de Diamantina e em me mostrarem os trabalhos por lá desenvolvidos.

Ao agendar a visita por telefone com a secretária do provedor da Santa Casa, ela me disse que havia um historiador voluntário que era responsável pela historiografia do Hospício de Diamantina. Assim, solicitei o contato dele para agendar uma entrevista. Chegando a Diamantina, encontrei-me com o historiador Wander Conceição, que, com muita disponibilidade, acompanhou-me até o prédio do antigo Hospício, que, para a minha surpresa, já está totalmente reformado. O prédio não mantém resquícios da negligência pela qual estava tomado. O historiador me explicou que é amigo do atual provedor, e que, por isso, poderíamos ir diretamente conversar com ele, uma vez que ele já estava nos esperando. O prédio do Hospício foi transformado na seção administrativa da Santa Casa de Caridade de Diamantina, onde se encontra a sala do provedor.

O provedor foi também muito solícito ao me receber, bem como a secretária dele. Aliás, foi por meio da secretária, que todo o processo de agendamento da visita foi realizado. Agradei aos três pela disponibilidade em me receberem e expliquei o objetivo de minha visita. O provedor começou então a contar o motivo que o levou a reformar o prédio. Solicitei então sua autorização para que pudesse ser gravada a nossa conversa. Depois de concedida a autorização, iniciamos uma conversa livre, em que o provedor contou a sua trajetória de vida, o objetivo de reformar o prédio e deixar um legado de sua administração, que está por acabar.

Durante a conversa, o historiador aproveitava para acrescentar algum dado à conversa. Em um desses momentos, quando perguntei sobre o acervo da Santa Casa e do Hospício, o historiador me disse que ele estava todo ali, naquela mesma sala, dentro de um armário<sup>11</sup>. Pude constatar mais uma vez, a precariedade em que os acervos estão submetidos e a falta de trabalhos específicos com as obras. De fato, muita coisa se perdeu em meio ao tempo e à falta de cuidados específicos. Em relação a informações sobre o Hospício de Diamantina, a conversa não acrescentou muitas informações, uma vez que sempre que eu os questionava sobre algo, eles se referiam ao trabalho da Maria Cláudia Magnani, o qual eu já havia tido acesso e é aqui utilizado como referência. Assim, percebi a necessidade que o provedor tinha em manter o prédio e a sua história, sem que a questão específica da saúde mental fosse abordada.

Após a conversa, assim como a diretora da Santa Casa de Ouro Preto, o provedor da Santa Casa de Caridade de Diamantina fez questão de me apresentar todas as dependências da Santa Casa, que fica no terreno ao lado do Hospício. Mostrou-me setor por setor e fez questão de evidenciar os ganhos de sua gestão, mostrar aparelhos novos, alguns de última geração que são utilizados pela

---

<sup>11</sup> Consultar foto do acervo em anexo.

Santa Casa, além de ressaltar os novos setores que estão sendo construídos. No fim, mostrou-me a capela da Santa Casa, sem data específica, mas que, segundo seu relato, é do início da construção da Santa Casa. Na antessala da capela, há várias fotografias de benfeitores da Santa Casa, inclusive, existe uma placa em homenagem ao ano de fundação com o nome do ermitão Manoel de Jesus, que também foi o responsável pela construção da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei.

Fora da capela, entre o passeio e a rua de calçamento, há uma lápide com a inscrição de outro benfeitor da Santa Casa, o Dr. Inglês, como ficou conhecido, um senhor inglês que, por ser da maçonaria, não pode ser enterrado dentro da capela como era o costume da época. O historiador acrescentou que, segundo a história, teriam tentado que ele se convertesse a fé católica até os últimos minutos de sua vida, tentativa em vão. Sendo assim, ele foi enterrado no meio fio que dá início ao passeio de frente para a porta da capela.

Após a visita no prédio do Hospício de Diamantina e na Santa Casa de Caridade, o historiador voluntário fez questão de me levar para conhecer algumas igrejas da cidade e o cemitério de Diamantina. Durante o caminho, contou-me ainda um pouco sobre a história da cidade e alguns de seus moradores que foram influentes na fundação e, de alguma forma, influenciam até hoje.

Em relação à quarta Santa Casa de Misericórdia, a da cidade de Sabará, optei por não visitá-la, uma vez que não consegui estabelecer o contato. Além disso, nessa Santa Casa não há relatos de abrigo aos alienados, fato decisivo que me fez poupar o tempo em relação à visita e a todo o desgaste decorrente das empreitadas anteriores. Contudo, a Santa Casa de Misericórdia de Sabará continua constando em nossos relatos, bem como sua importância histórica para Minas Gerais e para a cidade de Sabará e região.

Para o desenvolvimento da pesquisa, a revisão bibliográfica acerca das Santas Casas de Misericórdia, da política de assistência aos alienados em Minas Gerais e no Brasil, da Estrada Real e de temas correlatos foi primordial. Foi preciso também uma incursão na história da assistência religiosa cristã, por meio de suas irmandades, na história da assistência à saúde e na história da loucura. Contudo, aproximações entre história da saúde e história da saúde mental são extremamente importantes para a compreensão do fenômeno em que as Santas Casas de Misericórdia se tornaram. Outra questão importante é em relação à história local ou regional – assim, falar de Minas Gerais é extremamente diferente de falar do Rio de Janeiro ou de São Paulo.

Inicialmente, pretendia-se realizar pesquisas de campo nas cidades de São João del-Rei, Diamantina, Ouro Preto e Sabará para visitar (se houvesse) os arquivos das Santas Casas de Misericórdias e saber sobre o seu estado de conservação. Contudo, conforme o trabalho foi sendo desenvolvido e, principalmente, devido às diversas e surpreendentes dificuldades de acesso aos

acervos, o desenho da pesquisa foi sendo remodelado. Assim, foram realizadas visitas às Santas Casas de Ouro Preto, São João del-Rei e Diamantina.

O livro de Michel Foucault, *História da Loucura*, foi a última leitura refeita, já quando todas as ideias estavam agrupadas. Rerler e fichar este livro naquele momento foi crucial, mesmo que não tenha sido algo proposital. Ler com outros olhos, com outra maturidade de pesquisadora e com outras ideias em mente, permitiu-me fazer um elo com as informações já levantadas e também ter mais consciência crítica para a análise final do trabalho.

### **1.1 História social e História problema: algumas considerações sobre método**

Diversas são as modalidades de História e suas ramificações. História Cultural, História das Mentalidades, História do Imaginário, Micro-História, História Serial, História Quantitativa, entre outras. Há uma significativa dificuldade para os iniciantes, interessados em História em se posicionar, identificando-se com um estilo de trabalho historiográfico dentro de um destes diversos campos. A ampla maioria dos bons trabalhos historiográficos situa-se também em uma interconexão de modalidades. A Historiografia pode ser vista como um vasto universo de informações que percorre inúmeras redes, onde cada profissional irá encontrar a sua conexão adequada e particular, em função dos seus interesses e fontes. É no sentido de proceder a recortes e a operações simplificadoras que devem ser compreendidos as categorias que foram criadas pelos próprios historiadores para enquadrar os seus vários tipos de estudos históricos. (Barros, 2004)

De acordo com Hebe Castro (1997), é um trabalho difícil, se não quase impossível, dizer sobre História Social sem dizer de seu movimento de referência: o movimento dos Annales e as múltiplas significações de expressão e sua conseqüente ambigüidade. Esta referência ao movimento se faz necessária por ser um marco, seja ele real ou simbólico, da constituição de uma Nova História. Assim, a expressão “história social” seria frequentemente utilizada como forma de demarcar o espaço desta outra postura historiográfica frente à historiografia tradicional. Ainda de acordo com a autora, o movimento que deu origem a revista também denominada de Annales foi fundado por Lucien Febvre (1878-1956) e Marc Bloch (1886-1944), em 1929, na França e juntos, o movimento e a revista, tornaram-se uma manifestação mais efetiva e duradoura contra a historiografia tradicional factualista. Assim, a história social passa a ser encarada como uma perspectiva de

síntese, reafirmando um princípio de que, em história, todos os níveis de abordagem são inscritos no social e se interligam.

As críticas ao modelo metódico avançaram ao passo de que, o movimento dos Annales, sob forma de revista (*Annales d'histoire économique et sociale*), provoca grandes alterações na maneira de escrever a história. Resumidamente, os três dos modelos mais importantes para a historiografia do século XX, foram: a escola metódica, os Annales e o marxismo.

Foi com o avanço das ideias socialistas e o crescimento dos movimentos operários que levaram, um pouco em toda parte e, especificamente na Inglaterra, que se desenvolvesse uma história social do trabalho e do movimento socialista, frequentemente identificada simplesmente como “história social”. A ação política coletiva se constituiria com seu principal objeto. Após o movimento dos Annales (década de 30), nas décadas de 1950 e 1960, uma história social, enquanto especialidade começou a se constituir no interior de uma nova postura historiográfica, começando a se tornar hegemônica. A história social surgiria, como abordagem que buscava formular problemas históricos específicos quanto ao comportamento e as relações entre os diversos grupos sociais. (Castro, 1997)

A história social recolocava como questão nos anos 60, no auge das abordagens estruturalistas, o papel da ação humana na história e, por causa, o problema das durações. Do ponto de vista metodológico, a história social, nas décadas de 1960 e 1970, esteve fortemente marcada, como de resto toda a historiografia, por uma crescente sofisticação de métodos quantitativos para a análise das fontes históricas. Mesmo os estudos de movimentos sociais ou das representações coletivas, mais fortemente dependentes de fontes qualitativas, sofreram o impacto da informática e da tendência serial. O reconhecimento de seus limites metodológicos e teóricos esteve na base da evolução da disciplina nas décadas de 1970 e 1980. (Castro, 1997)

O ponto de partida necessário e a crise dos estruturalismos emergiu nos anos 70 ligado a uma consciência de que os comportamentos e realidades sociais não se conformavam a ficar confinados a modelos preestabelecidos. Houve uma aproximação com a antropologia que levaria a história social, em sentido estrito, a privilegiar progressivamente abordagens socioculturais sobre os enfoques econômico-sociais até então predominantes. Sob a chancela do pós-estruturalismo e sob a influência de Michel Foucault, iniciou-se um esforço para recuperar uma abordagem dinâmica, da cultura e da história. Essa postura significou um rompimento radical tanto com a presunção da existência de estruturas sociais quanto com a ênfase no vivido e na experiência, que classicamente definiam o campo da história social. (Castro, 1997)

Foi justamente nesse movimento crítico e questionador de uma Historiografia dinâmica, que Michel Foucault, pode contribuir com importantes questionamentos, em sua primeira grande obra, a *História da Loucura na Idade Clássica*:

Em nossa ingenuidade, imaginamos talvez ter descrito um tipo psicológico, o louco, através de cento e cinquenta anos de sua história. Somos obrigados a constatar que, ao fazer a história do louco, o que fizemos foi — não, sem dúvida, ao nível de uma crônica das descobertas ou de uma história das ideias, mas seguindo o encadeamento das estruturas fundamentais da experiência — a história daquilo que tornou possível o próprio aparecimento de uma psicologia. (Foucault, 2012, p. 522)

Foi durante a década de 1970 que ocorreu o desenvolvimento de uma prática historiográfica conhecida como Nova História, situada no interior da chamada terceira geração dos *Annales*. Já em 1980, surge a Nova História Cultural, desenvolvida a partir da antropologia histórica. Foucault teria sido um dos grandes contribuidores para essa nova abordagem cultural mediante a concepção de três noções fundamentais: genealogia, descontinuidade e práticas discursivas. (Dolinski, 2011)

Nesse sentido, a história para Foucault seria uma prática discursiva permeada de embates, estratégias e táticas, semelhantes a um jogo, sendo crucial pensar as possibilidades de emergência deste ou daquele objeto histórico (Albuquerque Júnior, 2007).

Pode-se dizer que a influência de Foucault não se fez presente somente na Nova História Cultural. Ela foi importante também para a própria Nova História. Segundo, Dolinski (2011), Foucault não tem como tema de pesquisa a sociedade, e seu campo não é o da história social, seu olhar estaria voltado para o discurso, seja ele verdadeiro ou falso.

“O método consiste, então, para Foucault, em compreender que as coisas não passam das objetivações de práticas determinadas, cujas determinações devem ser expostas à luz, já que a consciência não as concebe” (VEYNE, 2008:254).

Sendo assim, a descrição de uma nova abordagem teórica e metodológica da história foucaultiana seria dada por dois aspectos, principalmente: “a periodização com base em revoluções políticas ou qualquer outro evento que se considere de notória importância nem sempre seria a melhor forma de estabelecer um recorte temporal. (Dolinski, 2011, p. 383). Sendo assim: “De acordo com o nível escolhido, será preciso delimitar periodizações diferentes, e, conforme a periodização que se dê, atingir-se-ão níveis diferentes. Acede-se, assim, à metodologia complexa da descontinuidade” (Foucault, 2008, p. 63).

Assim, a questão da periodização é importante para a compreensão da História, segundo Foucault, ele ainda colocaria que “a história não é, portanto, uma duração; é uma multiplicidade de tempos que se emaranham e se envolvem uns nos outros” (Foucault, 2008, p. 293).

Segundo Dolinski (2011), para Foucault, a história não é uma memória milenar e coletiva. Ela seria o produto de uma materialidade documental. Uma materialidade que deve transformar os documentos em monumentos. “Se o objeto da arqueologia propriamente dita só toma sentido mediante um discurso histórico e/ou uma contextualização, a história passaria agora a se voltar para a arqueologia no intuito de descrever intrinsecamente o monumento”. (Dolinski, 2011, p. 389)

Posteriormente, Foucault irá se desvencilhar tanto do estruturalismo como de sua própria arqueologia ao desenvolver o método genealógico, a partir do qual passará a defender uma história “efetiva” pautada no estudo de temas até então considerados marginais. “Sua genealogia visaria à autonomia da história em relação à filosofia, distante de preocupações como origem e causa, avessa a determinismos e encadeamentos contínuos”. (Dolinski, 2011, p. 394)

A escrita da história será concebida por Foucault como a elaboração de um discurso que, não está permanentemente submetido ao poder, nem oposto a ele. A História fará parte de um jogo complexo e instável, “em que o discurso (historiográfico) pode ser ao mesmo tempo, instrumento e feito do poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta” (Foucault, 1977, p.96)

A história efetiva faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz a sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso das lutas. Elas não se manifestam como formas sucessivas de uma intenção primordial; como também não têm o aspecto de um resultado. Elas aparecem sempre na álea singular do acontecimento (Foucault, 1984a, p.28).

Foucault irá propor três usos para a história, três maneiras de praticá-la, usos que irão reafirmar essa necessária aceitação de um caráter subjetivo e político da atividade historiográfica: o uso paródico ou irônico; o uso dissociativo e destruidor da identidade e o terceiro uso; sacrificial e destruidor da verdade. (Albuquerque Júnior, 2004)

(...) poder-se-ia dizer, jogando um pouco com as palavras, que a história, em nossos dias, se volta para a arqueologia; para a descrição intrínseca do monumento (...). A história mudou sua posição acerca do documento: ela se dá por tarefa primeira, nem tanto interpretá-lo, nem tanto determinar se ele diz a verdade e qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, delimita elementos, define unidades, descreve relações. (FOUCAULT, 1971: 14-15)

De acordo com Salgueiro (2009), o que precisa ficar claro, é que para Foucault, a história não é uma ordem progressiva de acontecimentos que são contínuos. O que prevalece na História são as rupturas e as relações de força. E, será nas margens e nos avessos do que aparentemente está apresentado que deve ser dirigido o olhar do historiador.

Três mudanças são essenciais para o projeto de nova história imaginada por Michel Foucault. A primeira mudança é a inversão dos papéis entre documentos-monumentos. A segunda mudança irá residir na noção de descontinuidade, que faz com que haja um novo postulado dentro desse processo. Assim, ela passa a ser a prática essencial no discurso do historiador, e, conseqüentemente a essa descontinuidade, a história de séries. Esses três postulados fazem parte do projeto chamado por Foucault de história geral, contrapondo-se à uma história global, que até então, era escrita. (Salgueiro, 2009)

Ele não faz uma história das mentalidades, mas das condições nas quais se manifesta tudo o que tem uma existência mental, os enunciados e o regime de linguagem. Ele não faz uma história dos comportamentos, mas das condições nas quais se manifesta tudo o que tem uma existência visível, sob um regime de luz. Ele não faz história das instituições, mas das condições nas quais elas integram relações diferenciais de forças, no horizonte de um campo social. Ele não faz uma história da vida privada, mas das condições nas quais a relação consigo constitui uma vida privada. Ele não faz uma história dos sujeitos, mas dos processos de subjetivação, sob as dobras que ocorrem nesse campo ontológico tanto quanto social (Deleuze, 2003, p. 124).

Foucault insistia na ideia nietzscheana de que “tudo é histórico”, assim, nada do que é humano pode escapar ao campo de visão e da expressão do historiador. Sendo assim:

se não podemos afirmar que objetos como loucura, prisão, instituições disciplinares, corpo e sexualidade ganharam visibilidade histórica apenas a partir de seus trabalhos, não há como negar a importância de um autor que, em pleno apogeu da classe operária, dos temas da Revolução e da Social History, de filiação marxista, deslocava o foco para as “minorias”, para as margens e para os Annales. (Rago, 1995, p. 70)

Foucault irá ainda propor outras questões à história, trabalhando com a ideia de objetivação, ou seja, da constituição de domínios de objetos e com a ideia de subjetivação, ou seja, dos modos através dos quais os indivíduos se produzem e são produzidos numa determinada cultura, por meio de determinadas práticas e discursos, enquanto subjetividades. Sua questão central não é o poder, nem o saber, e sim a produção do sujeito, sua sujeição e em seguida, as formas de subjetivação por ele encontradas. “Para dar conta da constituição do sujeito enquanto objeto e enquanto sujeito na cultura ocidental, estuda o poder e as disciplinas, a produção da verdade e os saberes; as práticas de si e as formas de subjetivação”. (Rago, 1995, p. 77)

A história será, então, pensada como um campo de relações de força, do qual o historiador tentará apreender o diagrama, percebendo como se constituem jogos de poder. Daí, uma nova concepção de poder e das relações que se



estabelecem entre poder e saber. Não mais o poder jurídico, em sua face visível e repressiva, mas o poder positivo, invisível, molecular, atuando em todos os pontos do social, constituindo redes de relações das quais ninguém escapa. Não mais um saber neutro, a ciência, que diria a verdade, mas um conjunto de enunciados que entram no jogo do verdadeiro e do falso. (Rago, 1995, p. 77)

Diante de todo o exposto, para o filósofo, a melhor maneira de se produzir um trabalho historiográfico seria levando em conta, os pressupostos de uma “história problema”. Assim, o que estaria em voga na análise seriam as maneiras pelas quais os problemas são colocados em determinadas épocas, em determinados contextos. Pode-se afirmar que a intenção inicial de Foucault não foi a estrutura, nem o corte, nem o discurso dos fatos ou dos acontecimentos: “é a raridade, no sentido latino dessa palavra; os fatos humanos são raros, não estão instalados na plenitude da razão, há um vazio em torno deles para outros fatos que o nosso saber nem imaginava” (Veyne, 1982, p. 239).

## **2 HISTÓRIA DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA: ENTRE O PODER RÉGIO E A SOCIEDADE, ENTRE A IGREJA E O ESTADO LAICO**

A história das Santas Casas de Misericórdia tem um início mais longínquo do que se possa imaginar. Essas instituições foram criadas no fim século XV, em Portugal, em pleno declínio do período medieval, em um contexto de fome, peste e êxodo rural. Novos paradigmas religiosos e também econômicos iam surgindo e se fortalecendo, a monarquia e o cristianismo precisavam se abdicar de antigos sistemas e se valer de novas estruturas para que se fortalecerem e se reafirmarem. Era preciso uma nova estrutura de assistência à população, que crescia cada dia mais, já que os antigos meios de caridade não mais conseguiam abarcar a totalidade de suas demandas.

No século XV, ocorreram os primeiros esforços de reagrupamento dos pequenos hospitais portugueses espalhados e sem maior expressão assistencial nas cidades de Évora, Tomar e Coimbra. Em Lisboa, a junção foi protagonizada pela criação do Hospital de Todos os Santos, que reuniu em torno de 43 pequenos estabelecimentos, entre 1492 e 1504. Mas a criação da irmandade<sup>12</sup> dedicada à Virgem da Misericórdia, em 1498, na cidade de Lisboa, foi o fator principal e responsável por mudar a assistência portuguesa ao longo da época moderna; só assim que o valor primordial das boas obras se afirmou (Franco, 2011). Eram elas, as Misericórdias, que se propunham a ajudar os pobres da cidade. Estas anteciparam doutrinas e dogmas caros aos preceitos tridentinos, desenvolvidos posteriormente no Concílio de Trento, porque se organizavam sob a proteção “mariana”, que vem de Maria, mãe de Jesus Cristo.

Foi o Concílio de Trento (1543-1565), o 19º concílio da Igreja Católica, que reforçou, sobretudo nas regiões predominantemente católicas, o fervor devocional das boas obras, alicerçadas em grandes legados feitos nos momentos finais da vida daqueles que possuíam grandes riquezas. Os legados para os pobres e para as almas do purgatório promoveram uma verdadeira virada no fortalecimento e na dinâmica da caridade moderna que teria o duplo papel: de selecionar seu público merecedor<sup>13</sup> e, ao mesmo tempo, de negligenciar uma boa parcela da população que, por diferentes critérios de seleção, não cumpria os requisitos para determinados auxílios (Franco, 2011).

Por se transformarem no principal veículo de expansão da reforma assistencial da monarquia portuguesa, as Misericórdias se tornaram responsáveis pela administração hospitalar do país, principalmente a partir da década de 60 do século XVI. Elas se expandiram rapidamente pelos

---

<sup>12</sup> A irmandade é uma forma de organização da Igreja Cristã Católica, e é sobre a proteção e organização das irmandades que as Santas Casas de Misericórdia nasceram.

<sup>13</sup> O público merecedor seria formado por católicos e bons cristãos.

centros urbanos. O modelo de assistência das Misericórdias Lusitanas foi igualmente “exportado” para os territórios ultramarinos, como foi o caso do Brasil (Fernandes, 2009).

## **2.1 Experiências medievais de caridade e o ideal de pobreza**

Para chegarmos a compreender os solos em que as Santas Casas de Misericórdia foram construídas e a importância que elas tiveram em seus primeiros séculos de atuação, é importante conhecermos um pouco sobre as heranças da Idade Média que haviam no continente europeu, especificamente, em Portugal, no século XVI. De acordo com Russell-Wood (1981), “A história da Misericórdia somente é compreensível a partir do plano de fundo da história mais antiga da assistência caritativa na Europa” (p. 1). Delinearemos sobre a experiência da caridade que passou a surgir na Europa, possibilitando as formas futuras de assistência à loucura.

Com o crescimento econômico no século XI, surgiam novas formas de religiosidade no ocidente europeu, que procuravam trazer as pessoas a uma esfera devocional cada vez mais próxima da experiência evangélica. Sendo assim, tornou-se uma preocupação de muitos ser um bom cristão, abandonar a vida de pecado e fazer penitência pelas faltas cometidas, especialmente entre as elites das cidades em crescimento e nos meios cortesãos europeus (Sá, 2008). Dessa forma, para os cristãos, não bastava mais uma vida de oração e de clausura. Era necessário mudar os comportamentos e as atitudes para serem merecedores das graças divinas. Esse movimento renovador foi altamente inspirado pelas ideias de São Francisco de Assis. Podemos dizer que ele foi uma das figuras mais instigantes da Idade Média na Europa Ocidental. De acordo com Le Goff (2005), o franciscanismo se transformou num dos movimentos religiosos mais importantes do cristianismo medieval e foi extremamente importante para a reforma do catolicismo. Segundo o historiador, São Francisco:

No coração da virada decisiva do século XII para o XIII em que nasceu uma Idade Média moderna e dinâmica, sacudiu a religião, a civilização e a sociedade. Meio religioso, meio leigo, nas cidades em pleno desenvolvimento, nas estradas e no retiro solitário, no florescimento da civilização urbana combinado com uma nova prática da pobreza, da humildade e da palavra, à margem da Igreja mas sem cair na heresia, revoltado sem niilismo, ativo naquele ponto mais fervilhante da cristandade, a Itália central, entre Roma e a solidão de Alverne, Francisco desempenhou um papel decisivo no impulso das novas ordens mendicantes difundindo um apostolado voltado para a nova sociedade cristã, e enriqueceu a espiritualidade com uma dimensão ecológica que fez dele o criador de um sentimento medieval da natureza expresso na religião, na literatura e na arte. (Le Goff, 2005, p. 9)

Dessa maneira, o ideal de uma vida pobre e misericordiosa para com os mais humildes ganhou grande força com o avanço do franciscanismo. O movimento trazia em si uma grande novidade para os cristãos crentes, que consistia justamente em optar por uma vida de pobreza no sentido estrito. Até então, apenas a pobreza espiritual trazia um papel santificador. Seguindo os passos de São Francisco, os seus primeiros seguidores levavam uma vida de ações, rejeitando as condições materiais estáveis e se valendo da condição de pobres vulgares, submetendo-se a intempéries e a todo tipo de contingências encontradas pelo caminho. O franciscanismo engrandeceu o valor da pobreza, reconhecendo nela uma importância intrínseca. Essa valorização sobressaía da visão até então em voga, de que a pobreza era algo divino e, portanto, deveria ser aceita sem questionamentos. Nesse sentido, acabou-se por exaltar virtudes que eram entendidas como complementares ao novo paradigma de pobreza. Eram, “qualidades que buscavam minorar o estado de carência, como a solidariedade e a fraternidade” (Franco, 2011, p. 15).

Bem, se até então a pobreza era vista como um preceito divino, cabia aos que dela padeciam aceitar sua condição e viver do que lhes sobrava: a esmola. Sendo assim, durante muitos séculos, a esmola foi um dos maiores preceitos divinos na terra e, segundo Franco (2011, p. 27), “sinônimo de uma das mais altas obras caritativas”. Com o novo conceito de pobreza e o novo olhar sobre ela lançado após o movimento franciscano, passa a ocorrer, então, um movimento contrário à esmola; de benéfica, a esmola se torna maléfica e passa a ser duramente atacada pela Igreja e pela sociedade. Mas esse movimento não foi imediato, foi um processo que perdurou durante alguns séculos.

Desde fins da idade média, a esmola individual vinha sendo duramente criticada em favor das doações para instituições encarregadas de gerir a ajuda aos pobres. Ainda sim, manteve-se como prática habitual ao longo de toda a época moderna, embora fosse cada vez mais rechaçada, sobretudo nos meios laicos, e reiteradamente controlada através de ordens régias e das câmaras locais. (Franco, 2011, p. 27)

Apesar de se manter com o *status* de obra de caridade, a esmola, segundo Franco (2011), mantinha-se como uma prática que não visava à mudança da ordem social. Ao contrário, ela reiterava que a ordem continuasse a mesma. “Sua natureza paliativa e conservadora buscava ressaltar e legitimar a interdependência dos corpos sociais” (p. 27). Dessa forma, a população era ajudada e mantinha uma eterna gratidão aos que os ajudavam. Assim, os que das esmolas dependiam as aceitava de bom grado e não podiam questionar a atitude benevolente daqueles que se tornavam seus bemfeitores. Com o passar do tempo, já no século XV, a realidade mendicante já era, para os crentes mais exigentes, uma experiência desvirtuada pelo afastamento face aos objetivos propostos inicialmente (Sá, 2008). A esmola se tornava cada vez mais atacada e

rechaçada; sua prática passou a ser denunciada e punida pela Igreja e pelo Estado. Dessa maneira, novas ordens religiosas e leigas, que se incumbiam da ajuda aos pobres e da gestão das doações de esmolas, iam surgindo e ganhando força e espaço com o passar dos séculos. “Ninguém mais deverá mendigar: ‘E ninguém será tão fútil, nem quererá parecer tão pernicioso aos olhos do público, que dê esmolas a esses mendigos ou os encorage.’” (Foucault, 2012, p. 58).

Nesse momento, em que o novo paradigma sobre a pobreza estava em voga, bem como a antiga dicotomia inferno-paraíso, surgiu um terceiro aspecto, o “purgatório”; lugar em que as almas passaram a expiar os pecados antes de entrarem no céu (Le Goff, 1993). Assim, tornar-se bom e agradável ao divino era uma prática individual e, ao mesmo tempo, coletiva:

Desta forma, a salvação eterna passa a estar ao alcance de todos e de cada um individualmente através das boas obras, e do recurso sistemático à riqueza terrena, quando convenientemente convertida em propriedade das almas. Negócios terrenos, negócios das almas: um pouco por toda a parte, as regras de um mundo recentemente mercantilizado contaminaram a prática religiosa, através da contabilidade do além. (Sá, 2008, p. 10)

Ainda para Sá (2008), “a imitação de Cristo transformou-se numa forma ideal de vida para muitos” (p. 10). E essa forma passou a ser seguida por várias pessoas. A pobreza, ainda era vista como exemplo de humildade. O dever da humildade era extensivo a todos, assumindo, portanto, uma condição existencial. Não apenas a pobreza de bens, mas, sobretudo, a pobreza espiritual, aquela que redimia as pessoas e que as fazia procurar por “boas obras” (p. 10). A humildade estava no centro das manifestações da Igreja Católica nesse período.

É interessante ressaltar que a iconografia oficial das bandeiras das Santas Casas de Misericórdia em todo o império português, após serem criadas, tinha a imagem da Virgem do Manto, que guardava de um lado de seu manto protetor reis, nobres e clérigos e, do outro, pobres e desvalidos. A Virgem Maria adquiriu cada vez maior centralidade não só no culto religioso, como se tornou uma figura protetora da humanidade. A Virgem de Misericórdia, albergando sob o seu manto a humanidade pecadora, transformou-se numa das imagens mais recorrentes da iconografia medieval (Sá, 2008). Podemos observar que, embora o discurso da imagem tente afirmar que todos são iguais perante Deus, sem distinção, era clara a hierarquia mantida entre as classes. De um lado, reis, nobres e clérigos e, do outro, pobres e desvalidos. No cenário de muitas afirmações e de poucas práticas, de discursos não cumpridos e de realidades tão diversas das por ora exclamadas, novas formas para o exercício da caridade começam a surgir:

Diante de uma aparente imobilidade das normativas, de certo rigor nos valores e deveres do rei e, por extensão, dos súditos, existiu um sem-número de relações que extrapolavam as prescrições jurídicas e religiosas. Foi justamente nesse universo ritualizado por convenções discursivas, mas aberto a possibilidades e interpretações, que aflorou uma série de soluções um tanto controversas para o exercício da caridade. (Franco, 2011, p. 31)

Todas essas mudanças perpassam as novas “exigências da fé”. Essa expressão se refere às turbulências e críticas que as reformas protestantes e católicas do século XVI deflagraram. Mas o certo é que essas já se iniciavam muito antes de emergirem como a questão central do período. De acordo com Sá (2001), foram os leigos, aqueles fora dos domínios da administração religiosa, muito mais do que os próprios eclesiásticos, o motor das grandes mudanças do plano religioso no período tardo-medieval.

Assim, juntamente com outras questões que estavam no centro da vida europeia, como a da pobreza e da mendicância, uma das ações encontradas por Portugal foi à reorganização do modelo assistencial. Após se questionar a validade das esmolas como obra de caridade, seu efeito paliativo e estagnante na esfera social, entre outras questões inquietantes, começava-se um movimento orientado pelos leigos para congregar e reunir novas formas de acolhimento aos pobres. Por ora, guardemos a questão da reorganização assistencial.

Sabe-se que as crises e as pestes eram recorrentes na Europa da Idade Média, assolando diversas classes e enfraquecendo os diversos setores da economia. Porém, as crises dos séculos XIV e XV foram o resultado de outras anteriormente enfrentadas e que, com o passar dos tempos, resultariam em perdas extremamente significativas.

Os séculos XIV e XV são marcados como um período particularmente duro. Em conjunto, as crises agrária, demográfica e monetária, somadas aos surtos de doenças e convulsões sociais intestinas, tanto no campo, quanto nas cidades, redundaram em movimentos populares que buscavam negociar as novas condições de vida. A peste e a fome não eram novidades para as populações europeias. (Franco, 2011, p. 32)

No século XV, após as grandes crises, a população volta a se refazer. Assim, a população também aumenta. Um fenômeno surge: a Europa começa a ter que lidar com o aumento da população; algo que nunca havia enfrentado. O aumento da população não significava, porém, o aumento da mão de obra; em consequência, a produtividade e os meios de subsistência para todas as camadas da população entraram em colapso. Foi preciso, então, a intervenção governamental no sentido de direcionar a produção por meio da mão de obra disponível.

É nesse sentido que podiam ser entendidas as primeiras iniciativas governamentais no intuito de controlar os trabalhadores. Em 1349, na Inglaterra, Eduardo III proclamou a Ordinance of Labourers tornando obrigatório o trabalho de todos os homens saudáveis; dois anos mais tarde, o parlamento inglês reafirmou e ampliou as determinações, estendendo a obrigatoriedade do trabalho a homens e mulheres saudáveis, menores de 60 anos. Estavam também obrigados a aceitar ocupações com os salários médios pagos entre 1325 e 1331, período anterior à crise, com mão de obra abundante e, portanto, mais barata. Junto a essas determinações, estavam a proibição de salários maiores que o habitual e um ataque ostensivo à esmola a homens saudáveis. Ações de controle foram repetidas na Espanha, na França e em Portugal. Neste último, entre 1349 e 1401, por meio da petição dos terratenentes eclesiásticos e seculares, várias leis foram proclamadas forçando a manutenção dos salários dos

trabalhadores. Além disso, foram estabelecidas leis no sentido de controlar a migração e a mendicidade. (Franco, 2011, p. 33-34)

Uma saída encontrada para o período de duras recessões e de escassez de materiais foram as grandes navegações. Com elas, os países europeus puderam, aos poucos, reestruturar-se e iniciar um novo ciclo de abundância. Como afirma Franco (2011, p. 34), “o fato é que, à época dos descobrimentos, o continente europeu como um todo convivia intimamente com fases duras de recessão, doenças e precarização da vida material”. Contudo, os mais fracos eram condenados pelo mal que caía sobre o continente.

Será no contexto de uma Europa devastada por períodos de recessão, assolada pela fome, pestes e pela guerra, que as ações de pequenos grupos começaram a tomar destaque no auxílio aos mais necessitados. Segundo Russell-Wood (1981), formaram-se sociedades para proteger os interesses dos artesãos e para proporcionar o auxílio social. Existiam as confrarias e as corporações. As confrarias mantinham como característica a observância religiosa, ao contrário das corporações, seus membros não provinham apenas de determinada classe social. Eram compostas por homens e mulheres leigos que desejavam realizar obras de caridade cristã para com seu próximo. O que havia de comum a todas essas irmandades era a provisão do bem-estar social dos irmãos e de suas famílias.

As confrarias estavam dentro das organizações religiosas especialmente vocacionadas para congregar leigos em torno de preocupações escatológicas comuns. As confrarias eram associações de fiéis que se reuniam para praticar o culto religioso em todas as suas formas: sufrágios, procissões, manutenção dos lugares e das coisas sagradas, bem como o auxílio aos mais fracos. As práticas de culto ainda visavam preparar a vida eterna; nelas, a esmola ainda detinha um papel fundamental (Sá, 2008). De acordo com Isabel de Sá, é nesse contexto de oração e de obras que a criação das Misericórdias deve ser entendida:

Os historiadores falam de um gótico internacional que a nosso entender devemos estender também ao clima particular que se vivia em termos devocionais, e que alguns autores apelidam de *devotio moderna*: um misto de religiosidade mendicante, associada a preocupações devocionais aristocráticas ou dos novos meios possidentes das cidades, em que assumiam lugar central a imitação de Cristo e o culto da Virgem como mãe da humanidade pecadora. Evidenciavam também o gosto pela exibição de riqueza quando legitimada através da sacralização de espaços e objectos, e também do culto da memória linhagística, expressa na fundação de capelas de família e no uso abundante de símbolos heráldicos. A outro nível, era esta também uma luta por um bem imaterial de grande preço: a memória de si e dos seus familiares nos tempos vindouros. Por isso mesmo, as fundações testamentárias encaravam-se como devendo durar até ao fim dos tempos: “enquanto o mundo durar” é uma expressão que os legados pios usam com frequência. (Sá, 2008, p. 14)

O clima devocional, as imagens alusivas e os legados pios constituem parte integrante do novo clima devocional instalado no período, mas que não podem ser entendidos sem que observemos o

lugar que os mortos ocupavam nesta sociedade. “A nível económico, a caridade era financiada por doações inter-vivos, mas, sobretudo por legados testamentários, o que fazia com que o sustento de muitos pobres fosse de facto os bens dos mortos” (Sá, 2008, p. 15). Ou seja, na nova sociedade, em que as confrarias administravam os bens e as esmolos, não era apenas os leigos vivos possuidores de renda que patrocinavam a caridade; eram, sobretudo, os leigos mortos, por meio de suas doações testamentárias, que patrocinavam a maior parte das ações de assistência religiosa e caritativa. Nesse sentido, de acordo com Sá (2008), “as confrarias situavam-se, portanto neste contexto e eram fundamentais para criar espírito de comunidade entre grupos profissionais, vizinhos, e até estranhos” (p. 16). As confrarias eram associações vindouras, criadas na sociedade católico-cristã e se articulavam entre o clero e a sociedade leiga.

Em todo este movimento, porém, seria errado imaginar os leigos a contra-corrente ou em luta cerrada com os eclesiásticos: muito pelo contrário, encontramos-nos perante duas faces da mesma moeda, num mundo em que o sagrado se misturava com o profano de forma inextricável, tal como eclesiásticos e leigos faziam parte das mesmas sociedades. (Sá, 2008, p. 16)

As confrarias foram ganhando força na administração dos bens e das esmolos doadas, uma vez que, veiculavam, entre outras, “a ideia de que a riqueza não era um bem em si mesmo a não ser que fosse usada em benefício dos pobres” (Sá, 2008, p. 21). Sendo assim, as riquezas eram geridas pelas confrarias, criando um consenso de que ter posse só era plausível se parte da riqueza fosse direcionada a ajuda dos mais necessitados. Assim, crescia cada vez mais o número de doações de vivos e os legados pios em nome das confrarias. Nesse momento, em que acontecia a institucionalização dos atos de caridade, “atos eventuais e públicos de compaixão cumpriam igualmente o papel de legitimidade junto a todas as esferas sociais” (Franco, 2011, p. 30).

A filantropia social em Portugal, em sua forma mais primitiva, originou-se nas “albergarias” ou “hospedarias” situadas nas rotas de peregrinos já no século XI. Eram comuns santuários locais no Douro e no Minho; o culto a São Jaime levava peregrinos de toda a Europa a Santiago de Compostela. Algumas hospedarias se estabeleceram nessa região e foram fundadas pela Coroa, por mosteiros ou simplesmente por pessoas que almejavam ganhos comerciais. Sua essência era oferecer abrigo aos peregrinos, mas em certos casos havia disposições especiais para pobres e até mesmo um serviço médico bem rudimentar. Posteriormente, algumas delas se transformaram em hospitais (Russell-Wood, 1981).

Convém deixar claro que, no contexto da presente pesquisa, a palavra “hospital” tinha outra dimensão da que atualmente conhecemos. A palavra era usada frequentemente como sinônimo de “albergaria”, como um lugar que acolhia os peregrinos com leitos disponíveis para uma simples



estada. Embora posteriormente os relatos de “assistência” a doentes tenham se tornado frequentes, no início, “nem sempre significava assistência médica, pois o grau de filantropia social variava de uma hospedaria para outra” (Russell-Wood, 1981, p. 6).

É notável que a caridade para com os necessitados e enfermos não estava limitada à realeza; as pessoas leigas, em grande número, apadrinharam inúmeras instituições de ajuda aos mais necessitados. Como em vários outros países europeus, formaram-se grupos de leigos para a assistência social e para ações de caridade. Mais uma vez é preciso diferenciar as associações de natureza profissional e as irmandades leigas. Alguns historiadores consideram que as associações profissionais apresentam duas faces: a civil, que consiste em interesses econômicos e na proteção desses interesses; e a religiosa, que corresponde à irmandade. A distinção entre as associações e as irmandades é clara a partir de seus estatutos. As associações de artesãos seguiam um “regimento”, ou corpo de normas, aprovado pelo conselho municipal ou pela Coroa, enquanto que as irmandades tinham a flexibilidade de um “compromisso”, ou estatuto, baseado na confiança mútua. As atividades caritativas das associações se limitavam a seus próprios membros, enquanto que nas irmandades sua presença em Portugal é tão indubitável quanto não documentada (Russell-Wood, 1981).

## **2.2 A mudança de visão: da pobreza divina à pobreza profana**

Agora, retomemos a questão da reorganização assistencial. Foi no cenário de crises e de pestes que a visão sobre a pobreza começou a tomar impulso para a mudança. Inicialmente, a questão da pobreza foi acolhida e entendida como um preceito divino. Então, ajudar os pobres era ajudar a Deus. Posteriormente, com o início do movimento franciscano, no século XIII, e após as graves crises enfrentadas pelo continente Europeu, principalmente no século XV, em que os pobres em sua maioria foram os mais atingidos, a visão sobre a pobreza criou outra face. Duas questões foram essenciais para isso: 1) como os pobres tinham acesso a poucos recursos, logo, tinham menores possibilidades de enfrentar as consequências das crises; assim, muitos pobres morreram, ocasionando grande falta de mão de obra para os setores manufatureiros, afetando consequentemente a produção econômica; 2) Após o século XVI, quando as consequências das crises não eram mais tão presentes, a quantidade de pessoas indesejadas nas ruas foi aumentando; assim, começava um novo problema para a sociedade europeia, que se tornava, agora, uma

sociedade urbana. Como lidar e como conter os indesejados que andavam vagando pelas ruas, cometendo crimes e delitos sem qualquer tipo de retaliação?

Dessa forma, a questão da pobreza mudava de figura também para o Estado e para os eclesiásticos. É nesse momento que as leis começam a indicar quais são os pobres dignos de assistência e quais são os pobres dignos de repressão e retaliação. É também nesse momento que as Santas Casas de Misericórdia são criadas em Portugal e passam a instituir e reagrupar as ações caritativas da sociedade dali em diante.

A explosão da pobreza, os surtos epidêmicos recorrentes em toda Europa foram responsáveis por introduzir classificações que distinguiam aqueles que poderiam receber auxílio e aqueles que deveriam ser coagidos pela lei. Portugal, tal como todo o continente europeu, procurou reorganizar métodos de controle e seleção dos pobres. Dentro de uma perspectiva original, as Misericórdias foram progressivamente dotadas de privilégios, figurando como a espinha dorsal da ação caritativa institucional. O século XVI foi, portanto, um período paradigmático no que diz respeito ao tratamento aos pobres, verificável por meio de um protagonismo institucional das Santas Casas e, ao mesmo tempo, a tentativa, nem sempre bem sucedida, de coibir a vadiagem, a ociosidade e a esmola indiscriminada. (Franco, 2011, p. 35)

Sendo assim, a pobreza e seus significados também passaram a ser, cada vez mais, institucionalizados. Contudo, o modelo das Irmandades de Misericórdia aconteceu sobretudo, em Portugal. Suas regras e seus significados ainda eram descendentes dos conceitos cristãos, pautados em uma pobreza ética e valorativa. Assim, também era para serem escolhidos os que mereciam o zelo público ou o seu rechaço.

A seleção do pobre que receberia ou não apoio se caracterizava em atributos morais dentro de determinados grupos sociais. O pobre merecedor seria aquele que professasse a religião, tivesse um bom comportamento, fosse humilde, honesto, ou seja, alguém que não oferecesse perigos à ordem social e cumprisse seus dogmas. É também perceptível que, de modo geral, as leis presentes no reino de Portugal a partir do século XVI acabaram exercendo um papel punitivo, no sentido de evitar distúrbios de camadas progressivamente vistas como um todo homogêneo, em um misto de repúdio e decadência moral, econômica e, também, comportamental. Diferentemente de outras regiões europeias, Portugal não chegou a adotar casas de punição ou de enclausuramento. É notório que houve uma abstenção em relação às soluções a serem encontradas para os problemas causados pela pobreza, diferentemente de países como França, Inglaterra, ou mesmo Espanha, onde uma grande parte da sociedade estava voltada a pensar soluções – eram humanistas, juristas e pensadores de um modo geral que procuraram refletir e criar formas de contenção no sentido de coibir a mendicância, a delinquência e a ociosidade (Franco, 2011).

Quando a Inglaterra saiu da Idade Média, um dos resultados do desaparecimento da antiga ordem foi o aumento da pobreza. Esse problema foi objeto de grande preocupação, uma vez que a pobreza

era considerada como perigo potencial para a segurança do Estado. No decorrer do século XVI, vários atos referentes aos pobres foram aprovados, sendo que essas medidas foram finalmente consolidadas com a Lei Elisabetana de 1601, tornando-se a base da administração inglesa para a questão dos pobres por um período de mais de dois séculos. Nessa estrutura, era também a religião, por meio das paróquias, que se tornava administrativamente responsável pelo auxílio e pela gestão concedida aos pobres. A paróquia se tornara uma unidade de administração eclesiástica que foi considerada uma divisão adequada para o governo local. A estrutura paroquial foi adaptada, quando necessário, ao objetivo de dar um atendimento sistemático ao pobre; assim, a relação entre o pobre e a paróquia passou a ser curiosamente próxima e íntima. Dessa forma, cada paróquia passava a ser responsável por auxiliar seus pobres e, conseqüentemente, tinha como objetivo reduzir a responsabilidade do Estado. Nesse momento, acreditava-se que isso seria conseguido tentando empregar o pobre (Rosen, 1980). Estavam intrinsecamente articuladas a religião e o Estado nas formas de coibição e retaliação à mendicância e aos delitos, bem como no auxílio aos pobres merecedores. É nesse momento que a experiência do grande internamento começa a se fazer sentir, juntamente com todas as suas significações sociais, políticas, econômicas e religiosas:

... O internamento se justifica assim duas vezes, num indissociável equívoco, a título de benefício e a título de punição. É ao mesmo tempo recompensa e castigo, conforme o valor moral daqueles sobre quem é imposto. Até o final da era clássica, a prática do internamento será considerada nesse equívoco: ela terá essa estranha convertibilidade que a faz mudar de sentido conforme o mérito daqueles a quem se aplica. Os bons pobres fazem dela um gesto de assistência, e obra de reconforto; os maus — pela única razão de serem maus — transformam-na num empreendimento da repressão. A oposição entre os bons e maus pobres é essencial à estrutura e à significação do internamento. O Hospital Geral designa-os como tais e a própria loucura é dividida segundo esta dicotomia que pode entrar assim, conforme a atitude moral que parece manifestar, ora na categoria da beneficência, ora na da repressão. Todo interno é colocado no campo dessa valoração ética — e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como sujeito moral. (Foucault, 2012, p. 61)

Já em Portugal é curiosa a forma que o país encontrou para lidar com esse grupo homogêneo da sociedade, um grupo claramente indesejado e excluído. É curioso também perceber que, claramente, houve uma negligência para com aqueles que não exerciam ou não professavam uma fé, que não trabalhassem, ou seja, aqueles que, de alguma forma, oferecessem perigo a ordem social. Como já dito anteriormente, desde o século XIV, com Eduardo III, a Inglaterra teria começado a elaborar e desenvolver planos para a população ociosa e em condições de produção.

Se nos atermos a esse ponto e pensarmos as condições em que essa herança portuguesa chega ao Brasil, encontraremos várias questões posteriormente relacionadas aos indígenas, aos imigrantes, aos mestiços, aos indigentes, aos negros, aos escravos, enfim, a uma parcela significativa da sociedade brasileira colonial que foi negligenciada e colocada a toda “sorte” de irmandades e demais benfeitores da caridade, seja ela leiga ou eclesiástica. Talvez, seja nesse ponto, justamente

nessa transição hereditária, que começamos a encontrar a situação de nossos alienados, que vagavam pelas ruas e transitavam entre as cadeias e entre os espaços disponíveis em nossas Santas Casas de Misericórdia.

E, nesse ponto, é preciso lembrar que, no século XVI, quando as Santas Casas de Misericórdia estão chegando ao Brasil, e mais especificamente, no século XVII, quando as primeiras irmandades estão tomando forma e força aqui no Brasil, que outro fenômeno, tipicamente europeu, começa a ocorrer: a grande internação. Mas aqui novamente nos ateremos a esse movimento, conhecido como experiência clássica da loucura. Por ora, voltemos para a fundação e constituição das Santas Casas de Misericórdia.

### **2.3 A fundação da primeira Santa Casa de Misericórdia: antecedentes e atores**

Diante de todo o exposto, ficou claro que no século XV existia já em Portugal não apenas uma consciência social, mas também toda uma estrutura caritativa para satisfazer a esse sentimento. De fato, já existia grande profusão de leprosários, hospitais e irmandades de caridade. Isso era especialmente verdadeiro em Lisboa e resultou em muitos abusos na aplicação de esmolas. Na década de 1420, D. Pedro escrevera a seu irmão D. Duarte sugerindo a intervenção real na administração das hospedarias. O código de 1446, conhecido como *Ordenações Filipinas*, estabeleceu que os processos sobre legados a irmandades transitassem nas cortes civis e não nas religiosas. Pelo fim do século XV, transpareciam duas atitudes em relação à filantropia social: primeiro, a necessidade de uma política oficial sobre a assistência social; segundo, o desejo de parte da Coroa Portuguesa de reduzir a jurisdição eclesiástica sobre as irmandades caritativas leigas (Russell-Wood, 1981).

É assim que a reordenação das instituições de caridade em Portugal ganha corpo. O abuso das diversas instituições que exerciam a caridade e que eram preteridas ao recebimento e gerenciamento das esmolas, ou seja, os leprosários, os hospitais e as irmandades de caridade passaram a ser cada vez mais vigiadas e controladas pelo Reino, com as suspeitas de fraudes e de abusos. A administração pela Igreja das irmandades eclesiásticas também era outro fator que incomodava a Corte, uma vez que não existia uma legislação oficial; qualquer destino e qualquer prática poderiam ser conduzidas e gerenciadas tanto pela Igreja, quanto por leigos sem passar pelo crivo régio.

A primeira providência no sentido de centralizar esse poder pela Corte Portuguesa foi tomada em 1479, quando o futuro D. João II, ainda príncipe, conseguiu uma bula papal que autorizava a fusão de todos os pequenos hospitais de Lisboa num único edifício. Essa política de centralização foi estendida a todas as cidades de Portugal por uma bula do Papa Inocêncio VIII, em 1485. O primeiro resultado dessa orientação foi a criação do Hospital de Todos os Santos, fundado em Lisboa em 1492. O edifício reunia 43 pequenos hospitais da cidade e de seus arredores (Russell-Wood, 1981).

Assim, a história da fundação da primeira Misericórdia em Lisboa é ainda um pouco controversa entre os historiadores. O ato fundacional, de acordo alguns pesquisadores (Franco, 2011; Russel Wood, 2005; Sá, 2008) se deu com ação da rainha D. Leonor. Teria sido no verão de 1498, no dia da assunção da Virgem Maria, em 15 de agosto, que se fundou a primeira Misericórdia do reino. Lisboa era a maior cidade de Portugal, mas não a sua capital; entretanto, era, certamente, um lugar onde muitos estranhos se encontravam a mercê do movimento do seu porto. No momento da fundação, a rainha D. Leonor detinha a regência do reino na ausência do irmão, que estava em Castela, onde permaneceu por vários meses com o fim de ser jurado-herdeiro dos reis católicos nas coroas de Castela e Aragão. Quando D. Manuel voltou ao reinado, já no outono, encontrou a Misericórdia de Lisboa fundada. Não se sabe de quem foi à ideia, se já haviam projetado a sua fundação antes do rei partir, ou se ele foi apanhado de surpresa e a ela aderiu. “O certo é que a partir de então se foram fundando misericórdias um pouco por toda a parte onde havia portugueses” (Sá, 2008, p. 25). Mas podemos também supor que esse ato não se deu isolado do contexto em que expusemos, sobre o qual Portugal se assolava com as questões de assistência e caridade. Por ora, podemos pensar que o ato dirigido pela rainha Leonor foi um ato consensual com o rei e em resposta a tudo o que estava exposto no cenário português.

A iniciativa da fundação, além de atribuída a D. Leonor, viúva de D. João II, é também atribuída ao frade trinitário Miguel Contreiras<sup>14</sup> e a um grupo de seis leigos. A figura do frade Miguel Contreiras é personagem central em todos os debates sobre a fundação. Ele se tornou famoso por suas obras de caridade em Portugal e era conhecido popularmente como “o pai dos pobres”. Chegou a fundar um hospital primitivo para os pobres numa casa perto da catedral, doada pelo conselho municipal. Era também famoso como pregador. Por suas ações, era inevitável que seus atos de

---

<sup>14</sup> Há duas versões sobre a participação de Miguel de Contreiras na fundação da Misericórdia. A primeira apoia a teoria de que Contreiras sugeriu a fundação a D. Leonor e que esta estabeleceu a irmandade. Então, Contreiras redigiu os estatutos e foi o primeiro provedor ou presidente do corpo de guardiães. A segunda perspectiva diminui a importância de Contreiras e de D. Leonor, reduzindo o primeiro à posição de padre da irmandade e a segunda à de patrocinadora real. As duas versões se originam de diferentes interpretações: enquanto a primeira considera a fundação da Misericórdia como um acontecimento sem precedentes, a segunda a coloca no contexto histórico da filantropia social leiga em Portugal (Russell-Wood, 1981).

caridade o recomendassem a D. Leonor, que era também uma notável filantropista, tendo ela o escolhido como seu confessor em 1498 (Russell-Wood, 1981).

O debate sobre a identidade do fundador se centraliza nos papéis respectivos da rainha e do frade. A participação do rei D. Manuel I tem sido negligenciada. Embora a autorização final para o funcionamento da irmandade tenha sido por ele concedida, certamente não foi ele o inspirador direto da instituição. Não há dúvida de que durante o primeiro ano de existência da Misericórdia, D. Manuel reconheceu suas possibilidades para o avanço da política de centralização de serviços de caridade. Por volta do ano de 1499, ele teria solicitado ao Papa autorização para fundir pequenos hospitais em Coimbra, Évora e Santarém em hospitais únicos e grandes. Para D. Manuel, a política de centralização de serviços hospitalares passou a incluir a fusão de outras formas de filantropia social num organismo único – a Misericórdia. Para promover essa política, concedeu numerosos privilégios, representados por benefícios pessoais e institucionais. Assim, as Santas Casas poderiam fornecer aos seus confrades à Misericórdia durante os primeiros anos da irmandade. Enquanto viveu, D. Manuel concedeu cerca de trinta privilégios à Misericórdia, metade dos quais durante os primeiros três anos de existência da irmandade (Russell-Wood, 1981).

Depois de 1500, foram conferidas à irmandade privilégios que abarcavam uma gama mais ampla de atividades de caridade, firmando assim a Misericórdia como a principal irmandade caritativa de Portugal (Russell-Wood, 1981). De acordo com Sá (2008), os privilégios concedidos seriam uma rede de benefícios que englobavam tanto questões pessoais aos que geriam as Santas Casas, como privilégios institucionais que favorecessem o funcionamento da nova instituição. Os privilégios conferidos por D. Manuel foram confirmados por seus sucessores. Com a fundação de filiais da Misericórdia no ultramar, os privilégios foram estendidos às filiais, o que frequentemente causava conflitos da irmandade com autoridades municipais, judiciárias e eclesiásticas (Russell-Wood, 1981).

Contudo, não há indícios concretos de que a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, em 1498, teria sido uma resposta à necessidade de centralização oficial da assistência social em Portugal. Ainda sim, o fato foi que, de qualquer forma, a irmandade mais tarde viria a desempenhar um papel singular, devido ao resultado de seu imediato sucesso entre a sociedade; sucesso adquirido, em grande parte, devido ao patrocínio real. Um fato importante a se registrar é que as irmandades consagradas a Nossa Senhora da Misericórdia existiam em toda a Europa, não foi um caso isolado em Portugal. Além das irmandades dedicadas a Nossa Senhora, estabelecera-se firmemente em Portugal, antes de 1498, uma tradição de irmandades de caridade de outras ordens.

Em resumo, a Misericórdia de Lisboa prosseguiu uma tradição já existente dentro de quadro mais genérico da filantropia social na Europa (Russell-Wood, 1981).

Contudo, em Portugal, as Irmandades tiveram suas especificidades bem administradas. O que houve de novo no caso das irmandades portuguesas foi a ampla gama de ações por elas desenvolvidas e, principalmente, o incentivo real, fazendo com que houvesse essa rápida aceitação pelas elites tanto eclesiásticas, quanto sociais e decorrendo no sucesso dessa irmandade.

#### **2.4 O compromisso da Misericórdia: um estatuto relativo**

O compromisso da Misericórdia estava registrado em texto fundacional de grande importância, pois funcionava como instrumento de difusão e de normalização da confraria por todo o reino e também pelos novos lugares onde se seguiu a expansão portuguesa. O compromisso era inteiramente tradicional tanto em seu conceito, quanto em sua aplicação. Era um texto rígido e que privilegiava as elites, os brancos e os que possuíam bens. Conforme consta, teria havido um extravio do compromisso original de Lisboa, criado no ano da fundação da primeira Misericórdia, em 1498, o que tornou impossível reconstituir o âmbito da irmandade tal como inicialmente concebido. Os compromissos mais antigos ainda existentes são os das Misericórdias de Évora e do Porto, que apresentam apenas variações mínimas em relação ao primeiro compromisso impresso em Lisboa, em 1516. Esse compromisso e as reformas subsequentes foram seguidos por todas as filiais da Misericórdia tanto em Portugal, quanto nos territórios de ultramar. O compromisso de 1516 foi modificado por reformas posteriores, sendo que a maior reforma da irmandade ocorreu no ano de 1618. Formulou-se um novo compromisso, em que se modificou não apenas a administração, mas o espírito no qual a Misericórdia fora concebida. Pode-se dizer que o rápido crescimento das filiais da Misericórdia resultou da feliz coincidência das aspirações reais com o sentimento popular (Russell-Wood, 1981). A diferença entre o compromisso de 1618 e os compromissos das novas congêneres nascia no momento em que cada Santa Casa era fundada. Raramente havia a inserção de um novo artigo, o mais comum era que fossem retirados itens que não abarcassem as aspirações da gestão da Santa Casa que estaria sendo criada.

O compromisso inicial teria sido confirmado pelo Papa Alexandre VI, em 1499, e estabelecido 14 obras de misericórdia que deveriam ser praticadas pelos irmãos, servindo, assim, de modelo a todas as outras Misericórdias posteriormente criadas (Magnani, 2008). Alicerçada na passagem do

Evangelho de São Mateus<sup>15</sup>, as 14 obras de misericórdia cuidavam de oferecer uma via de ascensão por meio da ação no mundo. Eram sete obras espirituais e sete obras corporais. De acordo com o compromisso primitivo da irmandade, as obras de Misericórdia são: espirituais – ensinar os simples; dar bom conselho a quem o pede; castigar com caridade os que erram; consolar os tristes e desconsolados; perdoar a quem errou; sofrer as injúrias com paciência; rogar a Deus pelos vivos e mortos; E corporais – remir os cativos e presos; visitar e curar os enfermos; cobrir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber aos que tem sede; dar pousada aos peregrinos e pobres; enterrar os finados.

Texto muito curioso, exactamente porque veicula todos os *topoi* da *devotio moderna*, e da importância das obras de misericórdia para as práticas religiosas dos leigos. Começava justamente pela enunciação das obras espirituais de misericórdia, estendendo-se em seguida às corporais. Já aí se criava uma diferença fundamental relativamente a outras confrarias do mesmo nome que existiam na Itália, nomeadamente em Florença e na Toscana. As misericórdias portuguesas tinham preocupações totalizantes, procurando abarcar todas as obras da misericórdia, enquanto que as suas congéneres se concentravam apenas numa ou duas dessas obras, mas nunca em todas ao mesmo tempo. Esta vertente abrangente relativamente a todas as práticas de caridade acompanharia toda a história das misericórdias portuguesas, que de facto tenderam sempre a cobrir um espectro variado de serviços de caridade e assistência. Para os contemporâneos, as catorze obras incluíam praticamente todo o espectro das boas obras, e com ela todas as situações de penúria espiritual ou material, constituindo um léxico simples de assimilar pelo crente comum. (Sá, 2008, p. 26)

Dessa forma, podemos perceber que as Misericórdias portuguesas tinham como pretensão acolher o homem em sua totalidade, dentro de uma visão cristã com valores morais e éticos pregados pela religião católica. As obras corporais eram muitas, mas tinham como fim último o arrependimento e a salvação das almas.

A irmandade se compunha inicialmente de 100 membros; estes eram divididos em duas classes pela metade, a primeira era dos irmãos nobres, às vezes designados como irmãos de maior condição – a nobreza nesse caso não significava nobreza de sangue, mas compreendia os gentis homens, as classes profissionais e os eclesiásticos; a segunda era a dos plebeus, conhecidos como oficiais mecânicos ou irmão de menor condição. Todos tinham de ser de boa reputação, tementes a Deus, servir a irmandade sem subterfúgios e se reunir quando convocados pelo sino da Misericórdia. O comparecimento à Misericórdia era obrigatório em três ocasiões anuais: na eleição da mesa<sup>16</sup>, ou corpo de guardiães, no dia da Visitação<sup>17</sup>; na procissão dos penitentes na Quinta-Feira Santa; e na procissão do dia de Todos os Santos ao cadafalso de Santa Bárbara para juntar os ossos dos enforcados e dar-lhes sepultura digna no cemitério particular da Misericórdia (Russell-Wood,

<sup>15</sup> Evangelho de São Matheus, capítulo 25, versículos 35 a 40.

<sup>16</sup> Eleição da Mesa Administrativa.

<sup>17</sup> Visitação aqui, com letra maiúscula, refere-se ao dia da Visitação de Nossa Senhora a sua prima Isabel, geralmente comemorado no dia 2 de julho no calendário litúrgico da Igreja Católica.



1981). Aqui é importante lembrar que a mesa ou corpo de guardiães era uma espécie de “órgão colegiado”, em que haviam votações para se definir quem administraria a mesa da irmandade por determinado tempo. A mesa consistia de treze irmãos, seis de cada classe. O provedor, ou presidente, era sempre o escolhido da primeira classe, da classe superior. A eleição era indireta, isto é, por uma comissão eleitoral de dez irmãos escolhidos pela totalidade da irmandade. Além do provedor, o corpo de guardiães era constituído pelo escrivão, nove conselheiros e dois mordomos. Todos eram eleitos para um mandato de um ano, com exceção dos mordomos, cuja eleição era mensal devido a seus pesados afazeres. Os resultados da eleição eram anunciados em 3 de julho, quando a nova mesa assumia as funções. O provedor era sempre uma pessoa de boa posição social e de posses. Defendia a Misericórdia contra as incursões de autoridades civis e eclesiásticas nos privilégios da irmandade (Russell-Wood, 1981). Importante ressaltar, que eram os provedores os responsáveis por gerir e representar as Santas Casas, seguindo sempre com as normas do compromisso da Misericórdia.

O sucesso das Misericórdias foi de tal tamanho que Portugal não fez distinção quanto à criação de Misericórdias em relação aos novos espaços adquiridos em sua expansão. Todos os espaços colonizados recebiam as irmandades, sejam eles os presídios norte-africanos, as ilhas atlânticas e até a Índia tiveram as suas Misericórdias, ainda antes de muitas localidades portuguesas. Quando D. Manuel morreu, as Misericórdias portuguesas já eram uma realidade que se estendia aos espaços extraeuropeus onde haviam se estabelecido comunidades portuguesas. Exceção feita, como é óbvia, no caso do Brasil, que embora descoberto desde Cabral, não era ainda um território colonizado pelos portugueses (Sá, 2008). Importante ainda perceber que as Misericórdias portuguesas se afirmaram como instrumentos de colonização e, talvez, de organização territorial e de controle de poder também.

A ação inicial das misericórdias em matéria de práticas de caridade pode ser caracterizada, em primeiro lugar, a simples ajuda caritativa. Cabe ressaltar que, no início, as Misericórdias eram confrarias que ainda não possuíam instituições sob a sua tutela, ou seja, limitava-se a ajudar pobres onde esses se encontrassem. É importante lembrar ainda o papel central que as obras espirituais ocupavam nessa sociedade. Uma sociedade para quem a alma tinha precedência sobre todos os outros aspectos da vida material (Sá, 2008). Assim, mais do que zelar pelo corpo físico, as irmandades preteriam zelar pelo corpo espiritual, pelas almas e pela ascensão espiritual dos seus. No início de sua fundação, os irmãos da Misericórdia não possuíam instituições próprias<sup>18</sup>, o que

---

<sup>18</sup> Mais tarde, elas se tornariam grandes administradores de instituições caritativas.

fazia com que fosse dada uma ênfase especial na visita aos mais necessitados como momento privilegiado de compaixão pelo próximo, mais uma vez inspirados no acontecimento da Visitação:

A inspiração vinha mais uma vez do culto mariano: fora Maria que, já depois de lhe ser anunciado o nascimento de Cristo, visitara a sua prima Isabel, grávida de S. João Baptista e especialmente digna de compaixão devido à sua idade avançada. Este episódio, conhecido pela Visitação, que no calendário litúrgico ocorria a 2 de julho, transformou-se no *leitmotiv* das misericórdias e essa data no dia da irmandade, em que deviam ter lugar as mudanças de chefia e se procedia a uma autocelebração da instituição. (Sá, 2008, p. 31)

Nos primeiros anos de existência das Misericórdias, não houve a intenção por parte da Coroa de incorporar a elas os velhos hospitais medievais existentes nas localidades, ou confiar a elas novas fundações hospitalares. Os primeiros vinte anos das misericórdias, talvez, possam ser encarados como o seu momento privilegiado. Porém, isso jamais será dado como afirmativo, uma vez que desapareceram quase todas as fontes, a ponto de ser quase impossível traçar conflitos, as demonstrações de próprio interesse ou as outras faltas dos irmãos das mesas (Sá, 2008).

O certo é que, para lá da nítida intenção régia de aproveitar as misericórdias para o reforço da supremacia da coroa, os discursos dos textos são ainda diretamente retirados dos evangelhos, e ainda apontam para uma ideologia tardo-medieval, assente na *caritas*, isto é, no amor ao próximo, decorrente quer da ideologia franciscana quer do pensamento de S. Tomás de Aquino. Como entender que no compromisso se leia “suportai os carregos uns pelos outros”, entre tantas outras frases diretamente retiradas dos textos sagrados? Mas será talvez errado fazer equivaler práticas discursivas com práticas de caridade. No entanto, como veremos mesmo as primeiras alterar-se-ão drasticamente à medida que avançamos pelo período moderno adentro. O fato é que, em seguida as Misericórdias entraram um processo de evolução, nas quais se transformaram em instituições de poder, fortemente burocratizadas e instrumentalizadas pelas elites locais, sob a aquiescência da autoridade régia. (Sá, 2008, p. 32-33)

Assim, a Misericórdia teve sua inspiração no zelo pela pobreza e no movimento franciscano iniciados no período medieval. Essa instituição foi paradigmática no acolhimento da pobreza em Portugal, sendo posteriormente criada em todos os países onde Portugal se fazia presente. Contudo, a nova confraria não era para todos. De acordo com Franco (2011, p. 38), ela era “restrita aos que receberam a água do batismo”. A nova confraria incentivava as pessoas a fazerem doações de esmolas e a atender aos mais necessitados, honrando seu estatuto. Seus fiéis eram orientados a caminharem pela cidade a fim de encontrar as pessoas necessitadas e distribuir esmolas semanalmente a estas, conforme suas necessidades. Nesse sentido, a visão em relação aos pobres também era cada vez mais negativa. Controlar a miséria por meio das esmolas se tornava cada vez mais impossível; assim, a irmandade da Misericórdia foi, cada vez mais, ganhando preeminência na assistência portuguesa. As Misericórdias portuguesas, à semelhança do que ocorreu no resto do continente, participaram de um movimento de homogeneização hospitalar no intuito de amenizar problemas sociais prementes no século XVI. Foi preciso um movimento de modernização da

assistência que pode ser atestada pelo movimento secularizante das instituições hospitalares, bem como pela centralização de pequenos estabelecimentos em grandes hospitais-gerais (Franco, 2011).

No cerne das atividades da confraria estava uma espiritualidade voltada para o culto da Paixão, da penitência, da dimensão protetora e intercessora de Maria e, sobretudo, da misericórdia como percurso individual e coletivo. Se num primeiro momento, as Misericórdias arejaram a experiência religiosa em Portugal, couberam a elas, já no início do século seguinte, orquestrar uma renovação sem precedentes na assistência do reino e seu império. (Franco, 2011, p. 38)

Em Portugal, os primeiros movimentos de reagrupamento das pequenas instituições de assistência, antecipando-se ao resto do continente, fez com que d. João II realizasse negociações a fim de obter licenças papais para administrar as fundações que estavam sob a competência canônica, como já vimos. Ao contrário de grande parte da Europa, Portugal não contou com o monopólio eclesiástico da assistência durante a Idade Média. Os pequenos leprosários, gafarias, albergarias e hospitais já estavam, em sua maioria, sob a autoridade temporal. Como a monarquia moderna procurou arbitrar os destinos da assistência sob o patrocínio laico, coube à Igreja o papel de reafirmar, no plano devocional, a importância da caridade como veículo transformador do destino dos cristãos (Franco, 2011).

Desde cedo dotadas de privilégios institucionais e sob proteção régia, a difusão das Misericórdias estava ancorada ainda na importância espiritual dada à caridade e na rede de benefícios pessoais e institucionais que as Santas Casas forneciam aos seus confrades. A prevalência política dessas agremiações caminhou *pari passu* ao seu caráter aglutinador do ponto de vista devocional. A íntima relação entre devoção, padronização institucional e privilégios foram elementos responsáveis pela supremacia das Misericórdias em todo o império português. (Franco, 2011, p. 39)

As pessoas que faziam parte das elites locais tiveram uma rápida aceitação para integrar os quadros da confraria, fazendo com que o sistema fosse fortalecido sem que houvesse a necessidade de maiores investimentos financeiros por parte da monarquia; ao mesmo tempo, em que fosse suficientemente restrito para conferir-lhe *status* privilegiado. Embora tenham surgido desde os primeiros anos de criação sob os cuidados da monarquia, foi somente a partir do Concílio de Trento (1545-1563) que as Misericórdias começaram a administrar grandes legados pios. Dentro ou fora de Portugal, na rápida repercussão das Misericórdias e de seus legados, acontecia uma homogeneidade nas práticas de salvação e de mobilização das elites e, ao mesmo tempo, reafirmava a forma modelar, tipicamente portuguesa, de tratar todos aqueles que eram postos à margem da sociedade: os pobres, os desvalidos, as crianças, os doentes, *entret al.* (Franco, 2011). Quem seriam esses “*entret al.*”? Estariam aqui os loucos? É importante considerar que:

É que, de um modo geral, a loucura não está ligada ao mundo e a suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões... a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. (Foucault, 2012, p. 24)

Assim, foi quando o homem se tornou alvo de ações governamentais, aqui alvo de ações régias, é que a loucura pode ser colocada em cena, iniciando seu movimento transformador, ainda à espreita dos que eram renegados e subjugados na sociedade ainda recém-saída da Idade Média.

As 14 obras da Misericórdia tiveram presentes no momento da fundação das Misericórdias e permaneceram como fundamentos que guiavam o conjunto de preceitos a serem seguidos. Contudo, era um grupo de conceitos vagos, sem especificação na prática, o que possibilitava a diversificação de serviços, sempre dentro de uma ótica compassiva. Dessa forma, permaneceu durante os dois primeiros séculos de funcionamento dessas confrarias. A partir daí, a inspiração caritativa inicial foi se esfacelando ao longo do século XVII, em decorrência da grande burocratização que as Misericórdias foram sofrendo (Sá, 1997).

A possibilidade de enquadrar auxílios sociais prementes dentro de uma perspectiva benemerente que englobava também o cuidado espiritual transformou a irmandade no paradigma do que se compreendia por assistência ao longo dos séculos XVI, XVII e XVIII. Era claro que a partir do século XVII, a confraria tinha um papel prático fundamental em termos locais, porque se encarregava, quando era financeiramente capaz, de funções importantes. Não é exagero dizer que foram as irmandades da Misericórdia quem chancelaram, do ponto de vista institucional, as principais noções de pobreza no império português. *Se num primeiro momento, sua atenção foi dada aos presos e pobres, ao longo do tempo, elas assumiram serviços imprevistos no compromisso original, referendando a importância de atender as novas demandas da época, como o cuidado com os expostos e as órfãs, ou o auxílio hospitalar aos militares, por exemplo.* [itálico nosso] (Franco, 2011, p. 40)

Como vimos, o grande diferencial das Misericórdias portuguesas se inspirou no exercício das obras corporais, cabendo-lhes, assim:

... o protagonismo na visita aos presos, no asseio das cadeias, na alimentação e auxílio jurídico dos encarcerados; a cura dos enfermos; o fornecimento de roupas; a alimentação dos doentes atendidos; a pousada a peregrinos; as esmolas a viúvas; o atendimento aos expostos e o enterro dos mortos. (Franco, 2011, p. 40-41)

Era uma extensa lista de obras de misericórdia que acabavam por homogeneizar o que se entendia por caridade institucional e, ainda sim, não abarcando todos os tipos de necessidades. Não se tratava de um atendimento irrestrito e tampouco destinado a todos os pobres. Contudo, os auxílios prestados pelas Misericórdias não eram para todos. As práticas de acolhimento e de caridade eram inspiradas em seu compromisso original. Assim:

Eram selecionados um público a partir de princípios religiosos e morais; assim, as pessoas que as Santas Casas atendiam eram, em grande medida, os pobres que elas pretendiam atender, ficando de fora, em tese, os cristãos-

novos e mestiços, no caso das colônias. Por sua vez, o auxílio espiritual valorizou a sétima obra, “*rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos*”, por meio das missas aos defuntos, aos moldes da experiência religiosa católica. (Franco, 2011, p. 40-41)

Embora essas irmandades mantivessem onerosos serviços, a maior parte de seus recursos financeiros era disponibilizado para empréstimos a juros e despesas relacionados ao culto religioso. Segundo Sá (1997), a prevalência das ações de caridade destinadas à salvação das almas fez com que as Misericórdias despendessem, no cômputo geral, de valores pouco proporcionais em relação aos pobres propriamente ditos. Dessa forma, o auxílio era limitado porque os recursos não eram suficientes para o grande número de beneficiários, e também porque as instituições de caridade tinham uma natureza bifronte, dependendo da Misericórdia local: eram estabelecimentos de grande enraizamento religioso, impossibilitando um atendimento puramente corporal. A pobreza material era um elemento essencial no atendimento das Misericórdias, mas não era o único nem, muitas vezes, o principal (Franco, 2011). Bem, nesse sentido, como funcionavam as misericórdias portuguesas? Elas incluíam tudo o que até agora já discutimos. Viviam, cada vez mais, entre questões terrenas e divinas, assim como seguiam as novas exigências impostas para um novo exercício da fé.

## **2.5 A consolidação das Misericórdias e as rupturas da fé**

A instituição da Misericórdia foi tão bem-sucedida a ponto de que o poder salvífico em que as boas obras se mantinham e, principalmente, aquelas realizadas por meio das esmolas individuais fossem transformadas num ato reprovável, procurando eliminá-la das suas sociedades. O trabalho aparecia, agora (a partir do século XVII), como um valor social primordial. Assim, em toda a Europa, protestantes aboliram não só as obras religiosas, mas retiraram também da esmola toda a capacidade de contribuir para a salvação do indivíduo, assim como as ações de cultos religiosos que estariam prontos a vender, por meio das indulgências, a salvação eterna; aquilo que, para eles, só Deus poderia assegurar (Sá, 1997).

Fazia-se, então, necessário reinventar a fé cristã por meio da religião. Segundo Sá (2008), aqueles que estavam à frente da reforma católica reafirmaram a sua fé dentro dos aspectos do culto que os protestantes mais criticavam. Isso incluía o culto a Virgem, aos santos, às relíquias; as indulgências, que eram tão criticadas, passaram a ser gratuitas. Também continuaram a afirmar que a salvação se alcançava pela fé, mas, sobretudo, pelas obras. A institucionalização da chamada

Europa católica se tornou possível pelo Concílio de Trento, em Trento (154-1563), Ainda pelo concílio, os monarcas portugueses conseguiram alcançar um estatuto jurídico especial para as Misericórdias. As confrarias passaram a viver sob proteção régia, ou seja, instituições que, embora de criação religiosa, estavam sob a jurisdição do rei. Essa foi uma conquista fundamental, porque possibilitou às Misericórdias manterem vivos os seus objetivos eminentemente religiosos sem ser, tradicionalmente, uma instituição da Igreja Romana. Desde então, seriam instituições da monarquia e responderiam perante o rei. Só consultariam a Igreja em questões concernentes às suas capelas e aos seus objetos de culto. Podemos afirmar que foi esse caráter misto, religioso no espírito, mas leigo e régio no foro judicial, que lhes permitiu sobreviver sem interrupções até aos dias de hoje, ao contrário da maior parte das ordens religiosas e das outras confrarias.

De fato, a posição das misericórdias saiu consolidada com Trento, a nível político. Houve também um preço a pagar pela catolicização das unidades políticas que permaneceram fiéis a Roma e que a praxis das misericórdias espelha. A saber, um lugar cada vez mais subalterno concedido às mulheres, a diversos níveis. As mulheres, que inicialmente eram irmãs de pleno direito das misericórdias, passaram a ser admitidas apenas na condição de viúvas de irmãos, embora por vezes tivessem chegado às chefias da confraria nessa qualidade, embora sempre em misericórdias de núcleos de menor dimensão (Sá, 2008, p. 36).

Mas nem tudo teve um resultado positivo a partir do Concílio de Trento. Não só a submissão das mulheres foi instalada nas confrarias, mas, nesse panorama que excluía as mulheres das práticas ativas de caridade, as Misericórdias constituíam mais uma instituição em que só os homens atuavam legitimamente. Segundo Sá (2008), a honra sexual feminina se transformou num valor cada vez mais defendido por meio da repressão sobre as mulheres. Para preservar a honra feminina, criaram-se instituições próprias, em que as mulheres viviam enclausuradas segundo regras de vida conventual, mas não tomavam votos solenes.

Outras características posteriores nas Misericórdias foram perceptíveis internamente. O espírito evangélico inicial desapareceu e as Misericórdias foram se burocratizando e criando hierarquizações internas entre os seus membros. Assim, as Misericórdias acompanharam a crescente codificação das hierarquias sociais e o agravamento das exigências de pureza de sangue que se verificou nas sociedades portuguesas. Começou-se uma diferenciação entre os irmãos de primeira condição, aqueles que eram nobres e fidalgos, e os de segunda condição, aqueles que eram dos extratos superiores das camadas do artesanato ou os lavradores proprietários. Foi criado o “definitório”, um órgão consultivo formado pelos elementos mais antigos das irmandades para a organização das chefias, que foi sendo cada vez mais definida em nível compromissal. As mesas conservaram o seu papel de órgãos diretivos. Elas eram eleitas anualmente por sufrágio indireto e eram formadas por treze membros, em que seis eram nobres e seis não eram nobres, e eram

chefiadas pela figura do provedor. A escolha das mesas era um processo eleitoral no qual inúmeras manipulações aconteciam. Segundo Sá (2008), em todo o período que foi analisado, existem rumores ou até clamores de fraudes. As misericórdias pareciam absorvidas por si mesmas e consideravam as obrigações para com os pobres como situações de menor valor, recorrendo à retórica da caridade apenas para justificar seus fins políticos.

### 3 HISTÓRIA DA LOUCURA: COMPILANDO NORMAS E SABERES

Antes que a loucura entrasse em evidência, era a lepra que ocupava lugar no rol das preocupações europeias. A lepra era vista como algo que deveria ser isolado do restante da população para evitar mais enfermos e epidemias. Após o desaparecimento da lepra, quando esta se retrai, sobraram seus espaços, seus campos de ocupação. Assim, a memória do que ficou foi:

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixou estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão. (Foucault, 2012, p. 3)

Segundo Foucault (2012), após o desaparecimento da lepra, o leproso “quase” some da memória da sociedade. Contudo, as estruturas que ficaram teriam feito com que os leprosos permanecessem na imaginação da sociedade, sendo lembrados. Assim, nesses mesmos tempos, os jogos da exclusão foram retomados ou, de alguma forma, seriam semelhantes, o que os diferenciaria, porém, seria o intervalo de tempo, dois ou três séculos mais tarde; dessa vez, não mais os leprosos, mas os pobres, os vagabundos, os presidiários e, é claro, as “cabeças alienadas” iriam ocupar o papel que foi relegado aos lazarentos anteriormente. Isso, todavia, em uma sociedade e em uma cultura diferentes, e com um sentido também diferente; contudo, as formas de exclusão iriam permanecer.

Seguindo as contribuições de Foucault (2012), não será de imediato que a loucura ocupará o lugar dos leprosos. Antes dela, as doenças venéreas ocupariam esse lugar. Contudo, não são as doenças venéreas que irão, no mundo clássico, permanecer ao posto que coube à lepra na cultura medieval. Embora as primeiras medidas fossem de rejeição e de exclusão, rapidamente as doenças venéreas iriam assumir seu lugar entre as outras doenças. E, bem ou mal, foram recebidas como doenças nos hospitais. É curioso perceber que a doença venérea iria se instalar, no correr do século XVI, entre as doenças que exigiam tratamento. O fator moral dessa doença não foi esquecido; contudo, essa perspectiva em quase nada modificará a compreensão médica da doença. Posteriormente, um novo fenômeno iria surgir: a loucura. Antes que a loucura fosse dominada, em meados do século XVII, antes que se voltassem em seu favor, ela tinha estado ligada, insistentemente, a todas as experiências da Renascença.

Essa releitura de *História da Loucura* nos é importante porque a criação da primeira Santa Casa de Misericórdia se deu dentro do período que é chamado de “experiência clássica da loucura”.



Conforme Foucault (2012), é no começo do século XVI que nasce a experiência da loucura. Segundo ele:

A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua.... Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital. (Foucault, 2012, p. 42)

A experiência da loucura se tornaria concreta no meio do homem. Não mais na imaginação da Nau do Loucos<sup>19</sup>, mas, sim, em meio aos homens, em tudo o que diria respeito ao seu cotidiano.

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos. E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá - não nos esqueçamos - que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos "libertado". A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. (Foucault, 2012, p. 48)

Na Europa, o internamento dos alienados pode ser a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura e será dado como motivo de escândalo, quando a cultura europeia se der conta disso. Segundo Foucault (2012), a data de 1656 é uma data de referência: de fundação do Hospital Geral em Paris. O filósofo afirma que, primeiramente, trata-se apenas de uma reforma, de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos já existiam e foram apenas agrupados sob uma única administração, como foi o caso da Salpêtrière<sup>20</sup>. Contudo, na Inglaterra, as origens da internação seriam mais distantes. Como já vimos, desde o século XIV, a Inglaterra se preocupou em construir casas de trabalho e controle para a população em condições de produção. Posteriormente, foi com um ato da rainha Elizabeth I, em 1575, que na Inglaterra se prescreveu a construção de casas de correção<sup>21</sup>, com a exigência de se construir ao menos uma por condado.

<sup>19</sup> A ideia de Nau dos Loucos surgiu por volta do fim da Idade Média, em que os indesejáveis de cada localidade eram colocados em barcos e remessados a sorte em meio ao mar.

<sup>20</sup> Na tradução literal, o nome quer dizer: mina de salitre. A Salpêtrière foi um hospício para mulheres em Paris (Foucault, 2012).

<sup>21</sup> Houses of Correction.

Essas casas de internamento teriam como fim principal objetivos não muito diferentes daqueles já referidos em relação as Santas Casas de Misericórdia. Tratariam de recolher, alojar e alimentar os que se apresentam de própria vontade ou que fossem para lá encaminhados pela autoridade real ou judiciária da localidade. Contudo, ao contrário da administração das Santas Casas, que eram eleitas de acordo com seu estatuto anualmente, a dessas casas seriam confiadas a diretores nomeados por toda a vida. “De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 2012, p. 49-50).

As Casas de Internamento se tornaram os Hospitais Gerais e, em seu funcionamento ou em seus objetivos, eles não se assemelhavam a uma ideia médica. Seria mais uma instância da ordem, da ordem marcadamente monárquica e burguesa que passaria a se organizar na França nessa mesma época. As Casas de Internamento, por vez, substituíram o “Grande Dispensário do Reino”, que era uma política de assistência guiada pela mediação eclesiástica e espiritual, assim, viu-se repentinamente as dimensões religiosa e espiritual subtraídas pela autoridade única do governo civil, empossado pelo poder real (Foucault, 2012). Dessa forma, a Igreja teria ficado deliberadamente à margem da organização dos hospitais gerais como resultado da cumplicidade entre o poder real e a burguesia.

Um fato importante é que, em toda a *História da Loucura*, Foucault não aborda uma única vez a experiência de Portugal, com suas Santas Casas de Misericórdia. Ele se refere vagamente, dando pistas de que elas existiram, mas sem fazer menção a esse movimento que foi semelhante e, ao mesmo tempo, diferente noutras regiões europeias, como as estudadas por ele.

Foucault (2012) chega a dizer que a Igreja ficou a margem da organização do Hospital Geral, contudo, posteriormente, afirma que ela não permaneceu estranha ao movimento. Segundo ele, “Ela reforma suas instituições hospitalares, redistribui os bens de suas fundações; cria mesmo congregações que se propõem finalidades análogas às dos hospitais gerais.” (Foucault, 2012, p. 52). Por vez, ele afirma:

Singulares instituições, cujos objetivos e estatuto são, frequentemente, de difícil definição. Muitas, como se pôde ver, ainda são mantidas por ordens religiosas; no entanto, entre elas se encontram às vezes espécies de associações leigas que imitam a vida e os costumes das congregações sem delas fazerem parte.... Entretanto, em cada uma dessas casas, leva-se uma vida quase de convento, escandida por leituras, ofícios, orações, meditações. (Foucault, 2012, p. 52)

Seria essa citação, uma análise que Foucault (2012) faz das Santas Casas de Misericórdia? O filósofo se refere a características específicas das Misericórdias, tal como ter ordens religiosas como suas mantenedoras, e sobre seus estatutos, muito singulares. Ainda relata que nesse tipo de

instituições, via-se claramente a utilização de antigos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e em seus ritos de hospitalidade. Para ele, “a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir” (Foucault, 2012, p. 53), revela toda uma prática confusa em que o sentido é a necessidade de isolar. Na Idade Média, o leprosário teria um sentido unicamente médico, mas com o classicismo, o gesto de aprisionamento deixaria de ser tão simples: “também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto.” (Foucault, 2012, p. 53). Percebemos que o fenômeno do internamento teve seus ecos por grande parte da Europa. Contudo, reafirmamos a necessidade de distinguir o fenômeno português, com suas Santas Casas de Misericórdia, da experiência do grande internamento, fato que aos poucos ficará mais evidente.

A constituição da monarquia absoluta na Europa e a Contrarreforma da Igreja Católica teve, na França, um caráter particular, em que, ao mesmo tempo, via-se a concorrência e a cumplicidade entre o poder e a igreja. Assim também se deu em Portugal; contudo, parece que a monarquia absoluta, aos poucos, foi abrindo cada vez mais espaços de controle dentro da nova sociedade. Foi a prática do internamento que designou uma nova reação à miséria, manifestando um novo relacionamento do homem com aquilo que poderia haver de inumano em sua existência. “O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido.” (Foucault, 2012, p. 56).

No período da criação de grandes instituições para internamento, após a Reforma Protestante, ouviu-se dizer que, nos países protestantes, houve uma laicização das obras de caridade. O que fez com que o Estado assumisse uma forma nova de sensibilidade em relação à miséria. Mas o fato é que, por um longo período, mesmo que intrinsecamente, a laicização ainda estava longe de acontecer. “... laicização da caridade, sem dúvida – mas, de modo obscuro, também um castigo moral da miséria.” (Foucault, 2012, p. 59). A religião e seus dogmas continuariam ainda por muito tempo a ressoar no interior das casas de correção do Hospital Geral e também das Santas Casas de Misericórdia. Assim, o pensamento católico resistiu, bem como as tradições da Igreja. A crítica viria no sentido de que se estaria “transformando a caridade em dever do Estado sancionado pelas leis, e a pobreza em falta contra a ordem pública?” (Foucault, 2012, p. 60).

Foi nesse momento que a figura do louco passou a ter um papel diferente daquele da Idade Média. A era clássica irá abrir novos caminhos e novos papéis para a loucura. Segundo Foucault (2012), no século XII, a loucura surgiu como que dessacralizada; isso se fez porque de início a miséria teria sofrido uma espécie de degradação, fazendo com que a loucura fosse encarada apenas

no horizonte da moral. A loucura iria receber o seu lugar, mas não isoladamente. Ela só teria lugar entre os muros do hospital juntamente com outras mazelas. E lá ela permaneceria até o final do século XVIII. Posteriormente, nasceria uma nova sensibilidade em relação à loucura, uma sensibilidade que não seria mais religiosa, seria moral. Ela continuaria na busca por encontrar seu verdadeiro estatuto, continuaria a perturbar o espaço social, contudo, não sozinha, faria isso juntamente com todos os outros seres despojados de seus direitos, de sua glória. Permanentes na miséria, estes passariam a fazer parte da dialética imanente dos Estados.

Dessa forma, o internamento será encontrado em toda a Europa do século XVII, e se tornará assunto de “polícia”. Polícia no sentido em que a era clássica atribui-lhe, ou seja, “conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele.” (Foucault, 2012, p. 63). O sentido médico que hoje atribuímos à loucura, só passou a existir a posteriori. O internamento existiu por razões bem diversas da preocupação com a cura. Tornou-se necessário a partir de um imperativo de trabalho, em que os inaptos a produzir, tornariam-se casos de polícia, sendo levados para o internamento. “Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade.” (Foucault, 2012, p. 63). O internamento se constituiu como uma das respostas produzidas pelo século XVII à crise econômica que afetou o mundo ocidental em sua totalidade. Entretanto, não se pode afirmar que o fenômeno do grande internamento tenha sido realizado com um único fim, o de repressão e isolamento.

Fora dos períodos de crise, o internamento adquiria um outro sentido, uma nova utilização, não seria mais apenas prender os sem trabalho, mas utilizar os que foram presos para servirem na prosperidade alheia. “... A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas.” (Foucault, 2012, p. 67-68). Assim, o internamento favorecia não só a uma limpeza urbana e ao recolhimento dos indesejados, teria sido também, uma alternativa para a economia por meio de uma produção de baixo custo.

Se for avaliada somente de acordo com o valor de sua funcionalidade, a criação das casas de internamento poderia ser considerada um fracasso. O seu desaparecimento em quase toda a Europa já no início do século XIX, confirmaria o seu fim: “remédio transitório e ineficaz, precaução social muito mal formulada pela industrialização nascente.” (Foucault, 2012, p. 70). Contudo, a partir do mesmo fracasso, a era clássica teria realizado uma experiência irreduzível com relação ao trabalho dentro das casas de internamento.

Foi a partir de uma certa experiência do trabalho que uma exigência econômica e moral se formulou no internamento. O trabalho e a ociosidade delinearão no mundo clássico uma linha de comunhão que substituiu a grande exclusão da lepra. O asilo passou a ocupar o lugar do leprosário, os velhos ritos da excomunhão foram retomados, entretanto, dessa vez, em meio ao mundo da produção e do comércio (Foucault, 2012). Os loucos tinham sido envolvidos no grande banimento da ociosidade. Desde o começo do internamento, eles tinham seu lugar ao lado de todos os outros gêneros de exclusão. E, como eles, foram também submetidos às regras do trabalho obrigatório. Inicialmente, eram confundidos com os demais excluídos, contudo, distinguiam-se pela incapacidade em lidarem com os ritmos da vida coletiva. Somente no século XVIII é que surgiu a necessidade de aferir aos alienados um regime especial. Viu-se que a inaptidão dos loucos para a ordenação da vida por meio dos ritmos do trabalho não poderia ser simplesmente uma questão de preguiça, de adoração pela ociosidade. Assim, é que, em fins do século XVIII, se pode iniciar uma nova consciência em favor dos loucos.

Assim, foi no mundo europeu, demarcado pelas relações de trabalho, que a loucura recebeu o estatuto que hoje lhe reconhecemos. Se existe uma marca própria no louco, “é porque ele atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética.” (Foucault, 2012, p. 73). Em terras católicas, a finalidade que a loucura recebe é a mesma, contudo, o domínio religioso é um pouco mais acentuado. Foucault se refere “as casas de Caridade”; segundo ele, nelas: “toma-se o maior cuidado com esta ordenação da vida e das consciências, que no decorrer do século XVIII aparecerá de modo cada vez mais claro como a razão de ser da internação.” (Foucault, 2012, p. 77). Assim, “a ordenação das vidas e da consciência” não se faz apenas no nível moral, mas, sobretudo, em um nível espiritual.

Segundo Foucault (2012), refazer a história do processo que baniou os excluídos do meio da população, “é fazer a arqueologia de uma alienação” (p. 81). Diz respeito aos caminhos, aos meios e aos instrumentos que foram utilizados nesse processo.

O que se trata então de determinar não é qual a categoria patológica ou policial assim abordada, o que pressupõe sempre a existência dessa alienação como um dado; é necessário saber como esse gesto foi realizado, isto é, que operações se equilibram na totalidade por ele formada, de que horizontes diversos provinham aqueles que partiram juntos sob o golpe da mesma segregação, e que experiência o homem clássico fazia de si mesmo no momento em que alguns de seus perfis mais costumeiros começavam a perder, para ele, sua familiaridade e sua semelhança com aquilo que ele reconhecia sua própria imagem... Este campo foi realmente circunscrito pelo espaço do internamento; e a maneira pela qual foi formado deve indicar-nos como se constituiu a experiência da loucura. (Foucault, 2012, p. 81-82)

Foi no espaço determinado pelo internamento que a experiência da loucura foi se constituindo, pouco a pouco, ao longo de um século e meio. Concordando com Foucault (2012), o internamento

não significou apenas uma experiência negativa de exclusão, significou também uma experiência positiva no que se refere à sua organização. As suas práticas e as suas regras instituíram um domínio de experiências que manteve uma unidade, uma coerência e uma função. A experiência do internamento aproximou em um mesmo campo, personagens e valores que mantinham características semelhantes, os quais, até então, haviam sido ignorados pelas culturas anteriores. Sem que se percebesse estavam estabelecendo uma matriz na direção da loucura, preparando a experiência da loucura, que, posteriormente, pertenceria à alienação mental (Foucault, 2012). Contudo, embora uma nova experiência com relação à loucura estivesse surgindo, a sua ligação com o divino estaria longe de desaparecer.

Assim, a repressão adquiriu uma dupla eficácia, serviu para a cura dos corpos e, ao mesmo tempo, para a purificação das almas. O internamento fez com que se tornasse possível os remédios morais, isto é, os castigos e as terapêuticas, colocadas como atividade principal dos primeiros asilos que surgiram no século XIX, cuja fórmula foi dada por Pinel. De certa maneira, o internamento e todo o regime policial que o circundou serviram para controlar uma determinada ordem na estrutura familiar, que valeria ao mesmo tempo como regra social e como norma da razão. Foi a família, a partir de seus valores e normas, um dos critérios essenciais da razão. Foi, sobretudo, a família quem solicitou e obteve o internamento. A ética sexual foi regulada por meio da moral familiar. O amor não era mais sagrado, e sim o casamento. E seriam numerosos os motivos para o internamento e, assim, este se faria presente como um sistema repressor e autoritário, que se manteve atuante principalmente pela moral familiar burguesa.

A partir do século XIX, os conflitos entre o indivíduo e sua família se tornaram assunto particular, assumindo o aspecto de um problema psicológico. E, durante todo o período do internamento, essa relação esteve ligada à ordem pública, colocando em evidência uma espécie de estatuto moral universal, em que toda a cidade deveria zelar pelo rigor da estrutura familiar (Foucault, 2012). Além da atenção estar voltada para as relações familiares, as condutas e as práticas direcionadas aos loucos se modificariam por meio da transição de modelos de época.

O pleno reconhecimento da loucura no direito canônico e no direito romano estaria ligado ao seu diagnóstico pela medicina. Uma consciência médica estaria implicada em todo o julgamento sobre a alienação. Apenas o médico seria competente para julgar se um indivíduo estaria louco e qual o grau de capacidade que sua doença lhe permitiria. Dessa forma, os poderes de decisão sobre o louco seriam entregues ao juízo médico. Seria, ainda, somente o juízo médico capaz de introduzir o louco em seu próprio mundo. Seria apenas ele capaz de distinguir o normal do insano, bem como o criminoso do alienado irresponsável.

Entretanto, a prática do internamento estava estruturada segundo um outro tipo de juízo: de modo algum ela esteve pautada por uma decisão médica. A prática do internamento dependeu de outra consciência. O internamento e suas práticas de jurisprudência de modo algum permitiram uma preponderância médica mais rígida sobre o insano, pois, ainda no começo do século XIX, discutia-se o fato de os médicos terem ou não capacidade para reconhecer a alienação e diagnosticá-la.

De acordo com Foucault (2012), tudo o que, após Pinel, Tuke e Wagnitz, indignou uma boa consciência do século XIX, ocultou por muito tempo a forma polimorfa e variada de como a experiência da loucura na época do classicismo poderia ser. No início do século XIX, passa-se a decidir que o homem desatinado vá para o hospital e o internamento se torna um ato terapêutico tendo como fim a cura do doente por meio de um golpe de força. Não haverá exclusão entre a loucura e o crime, e sim uma implicação que irá os unir (Foucault, 2012).

O internamento não foi uma prática médica, foi um rito de exclusão ao qual ele procedeu sem desaguar em um espaço de conhecimento positivo. Na França, foi a grande circular de 1785 que instaurou uma ordem médica no internamento, fazendo, por meio de um decreto da Assembleia, a pergunta a respeito de cada internado: está louco ou não?. Quando o pensamento clássico desejou interrogar a loucura em si mesma, isso não foi feito a partir dos próprios loucos, mas sim a partir da doença em geral. A resposta para o que seria a loucura é encontrada a partir de uma dedução, de uma análise da doença, sem que o próprio louco fale de si mesmo, sem que partilhe sua existência concreta. O século XVIII percebeu o louco, mas deduziu a loucura (Foucault, 2012).

E no louco o que ele percebe não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não-razão. E aquilo a partir do que ele reconstrói a loucura não é a múltipla experiência dos loucos, é o domínio lógico e natural da doença, um campo de racionalidade. (Foucault, 2012, p. 187)

Em relação ao que seria a loucura, é importante esclarecer que a preocupação dos classificadores no século XVIII foi animada por uma constante metáfora que tinha como amplitude e obstinação o mito da transferência das desordens da doença para a ordem da vegetação. A loucura foi inserida nas nosologias do século XVIII, com toda uma certeza, uma significação. Contudo, ela traria, de forma oculta, uma curiosa oposição entre uma consciência perceptiva do louco e um conhecimento discursivo da loucura (Foucault, 2012).

.... Para que uma classificação seja válida é necessário, antes de mais nada, que a forma de cada doença seja determinada pela totalidade da forma das outras; a seguir, é preciso que a própria doença se determine a si mesma em suas diversas figuras, e não através de determinações externas; enfim, é preciso que a doença possa ser conhecida, se não exaustivamente, pelo menos de modo certo a partir de suas próprias manifestações. (Foucault, 2012, p. 193)

Contudo, cada uma das divisões e classificações do século XVIII são postas de lado assim que apresentadas. Já as classificações que o século XIX se tentará propor serão de um outro tipo, de outra ordem, nelas constará a afinidade entre os sintomas, a identidade das causas, a sucessão no tempo, a evolução progressiva de um tipo na direção de outro. Formarão cada uma dessas outras tantas famílias que se agruparão de acordo com a multiplicidade das manifestações.

Para resumir a experiência da loucura, segundo Foucault (2012), uma única palavra bastaria e essa palavra seria desatino. É o que para a razão está mais próximo e mais distante de mais pleno e mais vazio; é aquilo que se oferece em estruturas familiares que autorizam um conhecimento e, logo, uma ciência que se pretende. Assim, o que agora se sabe do desatino permitirá uma melhor compreensão do que foi o internamento. Na era clássica, por exemplo, era inútil procurar apontar a diferença entre as terapêuticas físicas e as medicações psicológicas. Pela simples razão de que a psicologia ainda não existia. “O desatino torna-se a razão da razão – na própria medida em que a razão só o reconhece a partir da maneira de possuí-lo.” (Foucault, 2012, p. 343).

A nova maneira de apreender sobre a loucura por meio da ação de tão determinadas “forças penetrantes” foi sem dúvida decisiva na história da loucura moderna. Já no fim do século XVIII, a possibilidade da loucura passaria a ser identificada com a constituição de um meio: “a loucura é a natureza perdida, é o sensível desnortado, o extravio do desejo, o tempo despojado de suas medidas; é a imediatez perdida no infinito das mediações.” (Foucault, 2012, p. 370). Assim, a loucura se tornou possível em razão de tudo aquilo que o meio pôde reprimir. De alguma forma, a loucura se tornou o outro lado do progresso, “multiplicando as mediações, a civilização oferece incessantemente ao homem novas possibilidades de alienar-se.” (Foucault, 2012, p. 371).

Nenhuma outra época permitiria uma consciência mais aguda da relatividade histórica da loucura do que o início do século XIX. Pinel diria que muitos pontos de contato existiriam entre a medicina e a história da espécie humana. A noção de loucura, tal como existiu no século XIX, só se formou no interior de uma consciência histórica. Contudo, essa relação com a história seria logo esquecida. Já com Freud, quando será obrigado a separá-la do evolucionismo, no decorrer do século XIX, a loucura cairá em uma concepção simultaneamente social e moral na qual ela se viu inteiramente traída. A loucura, passará a ser percebida como o outro lado da sociedade e não mais como a contrapartida da história. Há a inversão da análise histórica em uma determinada crítica social que, aos poucos, escorraça a loucura do movimento da história, fazendo dela um obstáculo ao seu desenvolvimento feliz e às promessas de reconciliação. Assim, enquanto no século XVIII a riqueza e o progresso eram o meio mais propício à propagação da loucura, agora as profissões perigosas ou



insalubres, as moradias em centros extremamente populosos e as intoxicações diversas se transformam em situações mais propícias ao desenvolvimento da loucura (Foucault, 2012).

O século XIX, a partir de seu desenvolvimento, é marcado por grandes modificações em relação à questão da loucura. O internamento passará a estar ligado a fenômenos que se tornam cada vez mais complexos. O internamento será cada vez mais urgente, entretanto, cada vez mais difícil, e será sempre mais ineficaz. A alienação será tratada em si mesma, sendo o internamento apenas uma figura de solução. Será a primeira vez em que se distinguem e que se veem sistematicamente comparadas a loucura internada e a loucura tratada. “A loucura aproximada do desatino e a loucura aproximada da doença. Em suma, é o primeiro momento desta confusão, ou desta síntese, que constitui a alienação mental no sentido moderno da palavra.” (Foucault, 2012, p. 428). Dessa forma, o internamento serve tanto como espaço de verdade quanto como um espaço de coação, e só deixa de ser um para ser o outro.

A questão importante é que a transformação da casa de internamento para asilo não foi feita por meio da introdução progressiva da medicina, mas sim a partir de uma reestruturação interna desse espaço onde a era clássica não havia permitido outras funções além das de exclusão e de correção. A progressiva alteração de suas significações sociais, uma crítica política da repressão, assim como uma crítica econômica da assistência e a apropriação de todo um espaço do internamento pela loucura, foi que fizeram do internamento um lugar duplamente privilegiado pela loucura: um lugar que, ao mesmo tempo, é espaço de sua verdade e espaço de sua abolição. Quando o espaço do internamento estava habitado por valores novos e por todo um movimento que anteriormente lhe era desconhecido, é que a medicina poderá se apossar do asilo e chamar para si mesma todas as outras experiências da loucura. Não foi o pensamento médico que coagiu as portas do internamento. Segundo Foucault (2012), se hoje os médicos reinam no espaço do asilo, não foi por um direito de conquista, mas sim graças à força viva de uma filantropia ou de uma preocupação com a objetividade científica. Isso porque, aos poucos, o próprio internamento assumiu seu valor terapêutico; isso só se tornou possível em razão do reajustamento de todos os outros gestos sociais ou políticos, de alguns ritos, sejam eles imaginários ou morais, que anteriormente, em mais de um século, haviam sido conjurados à loucura e ao desatino.

Desaparecendo o internamento, a loucura irá novamente emergir em um domínio público. Reaparecerá, interrogando os juízes, as famílias e todos os que são responsáveis pela ordem. A loucura irá colocar questões urgentes, enquanto se procura um novo estatuto para ela. Assim, o velho conceito – familiar, policial e social – de homem desatinado se desfaz, deixando que se confrontem, sem intermediação, a noção jurídica da responsabilidade e da experiência imediata da

loucura. Será iniciado um trabalho no qual o conceito negativo da alienação, como o direito o definia, irá se penetrar aos poucos e será alterado pelas significações morais que o homem cotidiano irá atribuir à loucura. (Foucault, 2012). Nesse momento, toda uma psicologia estará em vias de surgir e as significações essenciais da loucura serão modificadas, propondo para as relações do homem com as formas ocultas do desatino, uma nova descrição.

... E, por conseguinte, a psicologia e o conhecimento daquilo que há de mais interior no homem nasceram justamente da convocação que se fez da consciência pública como instância universal, como forma imediatamente válida da razão e da moral para julgar os homens. A interioridade psicológica foi constituída a partir da exterioridade da consciência escandalizada. Tudo o que havia constituído o conteúdo do velho desatino clássico vai poder ser retomado nas formas do conhecimento psicológico. (Foucault, 2012, p. 445)

A partir de então, a loucura se tornou objeto. Um objeto com um estatuto singular. O que o século XIX perguntou, foi de início a patologia da memória, da vontade e da pessoa o que era a verdade de sua lembrança, do seu querer individual. A obra de Tuke teria sido impulsionada por um reajustamento da assistência na legislação inglesa já no final do século XVIII, já a de Pinel, por toda a ambiguidade em que se encontravam os loucos no momento da Revolução. (Foucault, 2012)

Em suma, a questão da loucura se tornou um relacionamento social que teve como condição todos seus coeficientes éticos transpostos para o estado da natureza, tornando-se uma verdade imediata dessa sociedade a dois. Assim, o que importou para Pinel foi que a razão fosse significada por tipos sociais cristalizados bem cedo, desde que o louco deixe de ser tratado como um “estranho”, como um “animal” ou como uma figura absolutamente exterior ao homem e às suas relações humanas. Dessa forma, o que para Pinel irá constituir a cura do louco será sua estabilização em um tipo social que é moralmente reconhecido e aprovado. Já as significações atribuídas à obra de Tuke, a libertação dos alienados, a abolição das coações e a constituição de um meio humano, tudo isso não passa de justificativas. As intervenções reais foram diferentes. Tuke criou um asilo em que trocou o terror livre da loucura pela angústia reprimida da responsabilidade; o medo deixou de imperar do outro lado das portas da prisão, contudo, foi se desenvolver no interior da consciência (Foucault, 2012).

Os terrores seculares nos quais o alienado se vê preso foram transferidos por Tuke para o próprio âmago da loucura. O asilo não sanciona mais a culpabilidade do louco, é verdade, porém faz mais que isso; ele a organiza, organiza-a para o louco, como consciência de si e como relacionamento não recíproco com o guardião; ele o organiza para o homem razoável como consciência do outro, e intervenção terapêutica na existência do louco. Isto significa que através dessa, culpabilidade o louco se torna objeto de punição sempre oferecido a si mesmo e ao outro, e do reconhecimento dessa condição de objeto, da tomada de consciência de sua culpabilidade, o louco deve voltar à sua consciência de sujeito livre e responsável, e por conseguinte retornar à razão. Esse movimento através do qual, objetivando-se para o outro, o alienado retorna à sua liberdade é o movimento que se encontra tanto no Trabalho quanto no Olhar. (Foucault, 2012, p. 479)

Será no asilo que o trabalho receberá todo o valor de produção. Ele será imposto a título de uma regra moral pura, de uma limitação da liberdade, de uma submissão à ordem, de um “engajamento da responsabilidade com o fim único de desalienar o espírito perdido nos excessos de uma liberdade que a coação física só limita aparentemente.” (Foucault, 2012, p. 476). Mas, nesse mesmo tempo, uma psicologia da loucura se torna possível, já que, sob o olhar, ela é continuamente convocada, envolta de si mesma, a negar sua dissimulação.

O direito já considerava os alienados como sujeitos ditos de menor idade, mas até aí era uma situação jurídica e abstrata que foi definida pela interdição e pela curatela. Contudo, não se definia como um modo concreto nas relações de homem a homem. Com Tuke, o Estado de minoridade se transformou em um estilo de existência para os loucos que seria resguardada, sobretudo, pelos seus guardiães.

A minoridade jurídica com que se revestia o louco estava destinada a protegê-lo enquanto sujeito de direito; essa antiga estrutura, ao tornar-se forma de coexistência, entrega-o totalmente, como sujeito psicológico, à autoridade e ao prestígio do homem de razão, que para ele assume a figura concreta do adulto, isto é, ao mesmo tempo de dominação e de destinação. (Foucault, 2012, p. 483)

Sobre a questão religiosa, em Pinel, não há segregação alguma. Antes, há uma segregação que é exercida em um sentido inverso do praticada por Tuke. O asilo renovado terá seus benefícios, que serão oferecidos a todos, ou a quase todos, com a exceção dos fanáticos. Em sua opinião, Pinel acredita que Bicêtre e Salpêtrière constituem a figura complementar do “retiro”. Mas, segundo Pinel, nessa questão da religião, trata-se de reduzir todas as formas imaginárias em vez do conteúdo moral da religião (Foucault, 2012).

Nela existe, uma vez decantada, um poder de desalienação que dissipa as imagens, acalma as paixões e que devolve o homem àquilo que nele pode haver de imediato e essencial: ela pode aproximá-lo de sua verdade moral. E é nisto que ela é capaz, muitas vezes, de curar. (Foucault, 2012, p. 486)

Quando é considerada em sua extrema simplicidade, a religião não pode deixar de ser conivente com a filosofia, com a medicina, e com todas as outras formas de sabedoria e da ciência que a ajudam a restaurar a razão a um espírito perdido. Segundo Foucault (2012), há casos em que é possível que a religião sirva como um tratamento preliminar para preparar o que será feito no asilo.

... O asilo abriga assim não o tema social de uma religião onde todos os homens se sentem irmãos numa mesma comunhão e numa mesma comunidade, mas o poder moral da consolação, da confiança, e de uma fidelidade dócil à natureza. Ele deve retomar o trabalho moral da religião, fora de seu texto fantástico, ao nível apenas da virtude, do trabalho e da vida social. (Foucault, 2012, p. 487)

O asilo passa a ser um domínio religioso sem religião, um domínio da moral pura e da uniformização ética. Tudo o que nele deveria conservar a marca das antigas diferenças acaba por sumir. As derradeiras recordações do sagrado se extinguem. Anteriormente, as casas de internamento haviam herdado, no espaço social, os limites quase que completos do leprosário. Agora, o asilo configura, em sua essência, a grande continuidade da moral social (Foucault, 2012).

O louco que foi libertado por Pinel e, posteriormente, o louco do internamento moderno serão personagens em processo. Eles têm o privilégio de não mais serem misturados ou associados a outros tipos de condenados. Dessa forma, o asilo da era positivista, do qual se dedica a sua fundação a Pinel, não é um domínio livre de observação, do diagnóstico e da terapêutica, é, antes, um espaço judiciário em que se acusa, julga-se e se condena. A libertação só se é possível pela versão do processo que versa nas profundezas psicológicas, ou melhor, que versa pelo arrependimento. “A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá aprisionada num mundo moral.” (Foucault, 2012, p. 496).

A obra de Tuke e a de Pinel, cujo espírito e valores são tão diferentes, vêm encontrar-se nessa transformação da personagem do médico. O médico, como vimos, não tinha lugar na vida do internamento. Agora ele se transforma na figura essencial do asilo. Ele comanda a entrada no asilo. (Foucault, 2012, p. 497)

Será no interior do próprio asilo que o médico irá assumir um lugar predominante, tornando-se um espaço do médico. Contudo, a intervenção do médico no espaço do asilo não se fará em virtude de seu saber ou de seu poder médico, que, ao menos supostamente, ele deteria. Justificar-se-ia, sim, por todo um corpo de conhecimentos objetivos. Será como um sábio que o médico terá autoridade no asilo, e não como um cientista. Foucault (2012) acredita que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Contudo, estes não chegaram a introduzir uma ciência, e sim uma personagem, cujos poderes foram atribuídos a esse saber apenas por um disfarce, no máximo, por sua justificativa. Assim, a personagem do médico delimita a loucura, mas não pelo seu saber ou porque a conhece, e sim porque a domina.

O médico só pôde exercer sua autoridade absoluta sobre o mundo asilar na medida em que, desde o começo, foi Pai e Juiz, Família e Lei, não passando sua prática médica, durante muito tempo, de um comentário sobre os velhos ritos da Ordem, da Autoridade e do Castigo. E Pinel reconhece que o médico cura quando, fora das terapêuticas modernas, põe em jogo essas figuras imemoriais. (Foucault, 2012, p. 498)

Entretanto, muito em passo acelerado o sentido dessa prática moral se esquivou ao médico, no momento em que ele encerrava seu saber de acordo com a imposição das normas do positivismo. Assim, “desde o começo do século XIX, o psiquiatra não sabia muito bem qual era a natureza do

poder que havia herdado dos grandes reformadores, cuja eficácia lhe parece tão estranha à idéia que ele tinha da doença mental e à prática de todos os outros médicos.” (Foucault, 2012, p. 500). Dessa forma, à medida que o positivismo foi se impondo à medicina e à psiquiatria, essa prática foi se tornando cada vez mais confusa, o poder antes conferido ao psiquiatra deixou de ser tão milagroso e a relação médico-doente foi se tornando cada vez mais estranha.

Para analisar as estruturas mais profundas da relação entre a objetividade no conhecimento e na prática psiquiátrica do século XIX, que envolvem desde Pinel a Freud, far-se-ia necessário mostrar que justamente a essa objetividade houve sempre uma coisificação de ordem mágica, desde a sua origem e que só foi possível se realizar com a cumplicidade do próprio doente e a partir de uma prática moral que era transparente e clara no início, mas que, aos poucos, foi esquecida na medida em que o positivismo impunha seus mitos de objetividade científica. Assim, tornou-se uma prática esquecida desde suas origens até em seu sentido, mas que sempre foi utilizada e que sempre esteve presente. Dessa forma, segundo Foucault (2012), o que se chama hoje de prática psiquiátrica foi uma certa tática moral, contemporânea desde o fim do século XVIII, e que era conservada nos velhos ritos da vida asilar e que foi recoberta pelos mitos do positivismo.

Concluindo, o asilo que foi objetivado por Pinel não teria servido para nada e também não teria protegido o mundo contemporâneo contra a grande maré que se tornou a loucura. Ratificando, ele teria servido sim e servido muito bem, já que libertou o louco da desumanidade de suas correntes, acorrentando-o ao homem e à sua verdade. “Com isso, o homem tem acesso a si mesmo como ser verdadeiro, mas esse ser verdadeiro só lhe é dado na forma da alienação. (Foucault, 2012, p. 522). Assim, o louco se tornou uma verdade objetivada, na medida em que esteve fora de suas próprias correntes e acorrentado às correntes da razão e do homem moderno.

Ainda sim, poderemos ver, no decorrer da presente pesquisa, que a relação médico-loucura, durante todo o século XIX, não se deu de forma homogênea nem ao menos de forma aproximada. Ela se deu de acordo com as estruturas que prevaleciam e com as normas que eram reguladoras de sua prática.

#### 4 AS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIAS NO BRASIL: CARIDADE E POLÍTICA

De acordo com a literatura revisada, podemos afirmar que as Santas Casas de Misericórdia vieram para o Brasil assim que os primeiros colonizadores aqui se fizeram presentes. As Santas Casas de Misericórdia, juntamente com as Câmaras Municipais, foram precursoras do modelo colonizador português exportado para o Brasil e para as demais colônias portuguesas. Todos os reis portugueses teriam levado a sério suas responsabilidades missionárias e, dessa forma, as instituições políticas e religiosas, que tanto se confundiam na metrópole, chegaram às colônias seguindo o mesmo padrão. Quando Portugal se interessou em colonizar o Brasil, a criação das primeiras cidades foi concomitante com a fundação de filiais das Misericórdias, a exemplo do que ocorreu em outras regiões colonizadas pelo Império português, como na África e na Ásia. Houve sempre o reconhecimento da importância do papel exercido pelas inúmeras Misericórdias disseminadas no Brasil pelas autoridades eclesiásticas e leigas. Assim, essas instituições precederam a própria organização jurídica do Estado brasileiro (Carvalho, 2005).

Podemos perceber que o modelo de assistência desenvolvido no Brasil já era utilizado em outros territórios conquistados por Portugal e se tornou um modelo replicado. Imaginamos que esse fato tenha ocorrido por ser um modelo de sucesso que permitiu a manutenção e a afirmação do poderio português sobre as suas colônias. Nesse sentido, sobre a significação das Misericórdias nos territórios do ultramar, Russell-Wood (1967) afirmou:

Foi a gente comum quem transportou para o Oriente e para o Brasil uma estrutura comunitária como a que existia nas vilas e cidades que haviam deixado em Portugal. A Câmara, ou conselho municipal, e as irmandades leigas eram instituições sociais comuns a todas as cidades de Portugal. (p. 19)

A Câmara, ou conselho municipal, era um órgão administrativo proveniente do modelo português e, as irmandades leigas se tornaram instituições sociais que também faziam parte do modelo colonizador. Assim, podemos observar que a câmara, ou o conselho municipal, e as irmandades leigas foram às instituições sociais que inauguraram o modelo jurídico e assistencial no Brasil. Foram essas duas instituições que por muito tempo, na história do Brasil, inauguraram as cidades e desenharam seus projetos de civilidade e de assistência. Ainda conforme Russell-Wood (1967), os estudos que tratam do tema não abarcam a totalidade de sua importância na criação e na manutenção das novas áreas que foram ocupadas. É nesse sentido que tentaremos abordar a Instituição-Misericórdia: dando importância para sua constituição histórica, social e comunitária. É perceptível que o surgimento das Santas Casas de Misericórdia no Brasil coincidiu com a política

de ocupação de terras inaugurada pela Coroa Portuguesa após o sistema de capitanias hereditárias, o que fez acontecer uma intervenção direta dos empreendedores europeus no âmbito da produção, de acordo com a legislação das sesmarias e o próprio estabelecimento das capitanias. Portanto, podemos concluir que a criação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil esteve estritamente articulada a questões políticas, econômicas e sociais do Brasil Colônia.

Muitas Misericórdias foram criadas em momentos críticos, quando epidemias de varíola, febre amarela, cólera, ou a gripe espanhola, assolaram certas regiões do Brasil, tornando premente a organização de um hospital. Muitas vezes surgiram do empenho de algum sacerdote, médioc ou prático local, preocupado com a situação precária ou de abandono da população carente, ou com a falta de um atendimento mais específico à saúde. Os dignatários influentes e representantes de famílias abastadas das localidades, reunidos por essas pessoas, ou mesmo elas próprias, incumbiam-se da obtenção dos alvarás de funcionamento, junto à Coroa durante a Colônia, ou já no próprio país, com o advento do Império e, depois, da República. Testemunhando a presença da Igreja Católica na emergência e na trajetória dessas Instituições. (Khoury, 2004, p. 26-27)

Assim, a construção e atuação das Misericórdias no território Brasileiro não se deram de forma homogênea, muito menos de forma planejada; elas variaram de acordo com a localidade na qual as instituições eram instaladas e também de acordo com a autonomia dos líderes e representantes de cada região. Assim, foram vários os fatores que contribuíram para que a presença dessas instituições se tornasse significativa ou não. As SCM no Brasil tinham uma dupla dependência: elas dependiam tanto das elites locais como dependiam dos incentivos da coroa portuguesa para que se tornassem capazes de garantir os serviços mínimos em cada localidade.

Com relação às especificidades das SCM brasileiras, é possível dizer que sua atuação no território americano acrescentaria duas alterações fundamentais em relação à sua forma de assistência em relação às demais congêneres no resto do mundo: no Brasil, somente as principais localidades, aquelas regiões estritamente ligadas ao processo de colonização, sediavam as Misericórdias, o que tornava pequena ou quase inexpressiva a rede de proteção institucional; contudo, mesmo assim, as principais localidades, na maioria das vezes, tiveram uma presença assistencial muito pequena, com serviços que seriam pouco sistemáticos e pouco abrangentes; a segunda alteração seria em relação à sociedade escravista; com ela, seria necessário acrescentar novos aspectos aos conceitos de riqueza e pobreza. Dessa maneira, o sistema da escravidão fazia aumentar de forma bastante expressivo o significado até então direcionado a ricos e a pobres. Aqueles que possuíam escravos eram representantes de uma parcela significativamente diferenciada na sociedade. Por sua vez, os escravos constituiriam um grupo social que faria parte apenas marginalmente das ações de caridade prestadas pelas Misericórdias (Franco, 2011).

A visão imperial sobre o sucesso das Misericórdias no reino teve a tendência de espalhar no discurso historiográfico a ideia de que todas as Misericórdias que surgiram significassem casos de

sucesso (Franco, 2011). Contudo, não foi bem assim. O sucesso de cada SCM era muito relativo e extremamente dependente da época em que foram instaladas em determinada localidade e de seus benfeitores regionais. O discurso de sucesso que se espalhou não levou em consideração as especificidades de cada região onde as congêneres foram criadas na colônia. Embora o modelo da primeira Santa Casa não fosse desconsiderado, o modelo de assistência colonial se tornaria singular e extremamente específico, principalmente, em termos de assistência.

#### **4.1 A colônia brasileira: seus contrastes, suas Misericórdias.**

O Brasil foi um caso muito específico de colônia, tornando-se um contraste para os colonizadores. A ausência de civilidade era algo que assustava os colonizadores; caberia a eles cuidar de impor sua civilidade. Nesse sentido, a ausência de civilidade transmitida pelos seus habitantes, no caso, pelos indígenas, se tornaria para os colonizadores um paradigma de uma nova pobreza. Uma pobreza que ia além do material, era também e, sobretudo, uma pobreza espiritual. Os indígenas eram pobres, estritamente falando. Contudo, eles não entravam nos planos de salvação das Santas Casas de Misericórdia. A população indígena e a tarefa de sua evangelização se restringia, unicamente, a ação dos Jesuítas e a de outras ordens religiosas (Franco, 2011). Dessa forma, Franco conclui que “A missão dessas irmandades leigas delimitou-se a uma espécie bem determinada de pobreza, marcadamente urbana e preferencialmente branca” (p. 52). As SCM, em seu início de atuação abrangiam aos que lhes eram convenientes dentro de uma determinada concepção de pobreza. Entretanto, não iremos aqui responsabilizar as SCM pela sistemática de atendimento em relação à sua clientela. É preciso lembrar que isso acontece dentro de um determinado período histórico, em que a questão das raças puras era extremamente exaltada e acordada.

Outra característica relevante sobre as Misericórdias brasileiras diz respeito à questão identitária dos que com ela se envolviam. As SCM tiveram uma importância singular na constituição e na manutenção de um espaço identitário para as elites locais. Assim, pertencer a uma Misericórdia significava, na maioria das vezes, estar entre os principais elementos da sociedade (Franco, 2011). Aqueles que participavam de sua administração e compunham suas mesas frequentemente se inseriam nos serviços da Misericórdia pelo prestígio social e, claro, pelos benefícios régios que



angariavam com determinada posição. Assim, essas instituições tiveram o caráter de definição e de constituição da identidade das elites nas localidades nas quais ela era instalada.

Não se pode esquecer do papel primordial que a colônia teve em relação às questões que afligiam os europeus no momento de sua colonização. A América portuguesa participou de projetos do reino que tinham como objetivo minimizar as duras condições de vida em que os europeus viviam, após serem devastados pelas constantes crises. Além de se tornar foco de uma institucionalização da caridade, que passou a ser mais efetiva a partir do século XVII, a colônia portuguesa carregou consigo novos desejos de enriquecimento por parte dos colonizadores e novas formas de evangelização. Assim, fez-se necessário repensar outras formas de lidar com a noção de caridade e de pobreza a partir das questões que se abriram com a descoberta do Novo Mundo e com os desdobramentos que dela se seguiram.

Como acontecia em toda a Europa católica, em Portugal e em seu império, na colônia brasileira não seria diferente, foram às elites locais as principais encarregadas de estimular e fornecer auxílio como maneira de aliviar a pobreza dos menos favorecidos. Fosse de maneira individualizada, por meio de esmolas, ou por instituições como as Santas Casas de Misericórdia, que geriam os bens de caridade. Desde cedo, a experiência na América criou um novo problema para os antigos e tradicionais ideais de misericórdia e compaixão. A posse de escravos, fossem eles indígenas ou africanos, tornou-se um dos maiores indicativos de riqueza para os colonos. Ter uma vida com grandes posses passaria a ser medida pela quantidade de escravos que cada um mantinha. Dessa maneira, a questão da escravidão se tornou um elemento indiscutível para a definição das noções de pobreza e riqueza. Isso não aconteceu pela simples associação entre escravidão e pobreza, e sim pela condição dos libertos que se apresentavam, na maioria das vezes, sem posse alguma. Foi justamente pela possibilidade de possuir escravos que a colônia foi percebida como um Novo Mundo pelos que para cá pretendiam vir ou por aqueles que eram assediados a virem para cá (Franco, 2011).

As Misericórdias e as Câmaras Municipais foram, durante toda a época moderna, o modelo no qual uma rede de serviços mais amplos do que os até então fornecidos por outras irmandades se apoiavam. As irmandades tradicionais eram voltadas para uma relação vertical na sociedade, entre os seus pares, como era o caso das corporações. Com a criação da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, o modelo da confraria passa a ser pautado pela autonomia, que, por sua vez, é pautada na assistência institucionalizada que tenderia a monopolizar as novas fundações de hospitais, fazendo, assim, com que houvesse uma homogeneização considerável do sistema. Dessa forma, é possível perceber que a implantação das Misericórdias se deu em direção de uma força política clara, em que

se tendia a implantar no reino toda uma rede de instituições que, se não totalmente homogênea, seguia a um padrão comum. As confrarias do território brasileiro guardavam semelhanças a ponto de serem comparadas entre si. Isso porque elas eram regidas a partir de compromissos que estipulavam a antiga inspiração teológica da irmandade; mesmo que fossem variáveis espacial e temporalmente e seguisse uma composição elitista da confraria que excluía, ao menos teoricamente, mulheres, raças inferiores, oficiais mecânicos, entret al., teriam em sua essência resguardada (Franco, 2011).

Em relação à dinâmica e ao funcionamento das Misericórdias continentais, considera-se que do reinado de D. Manuel até o final do século XVII, o processo de instalação e afirmação se consolidou de maneira satisfatória em termos de preponderância assistencial. A naturalização do lugar social das Misericórdias certamente foi revestida de ações descontínuas, inclusive no continente. Foi somente a partir do século XVIII que a primazia natural da maior parte dessas instituições foi posta em questão, o que caracterizou o século, grosso modo, como um período de grandeza, embora já apresentasse sinais de crise (Franco, 2011).

O século XVII parece maximizar as condições para o sucesso desses estabelecimentos: eram irmandades de prestígio inegável diante das outras agremiações; tinham precedência nas procissões; privilégio de enterramentos; gozavam de grande prestígio por vivenciarem valores caros às sociedades modernas, como o auxílio aos pobres e a devoção às almas do purgatório; eram extremamente elitistas do ponto de vista normativo, o que conferia a seus participantes grande importância social. (Franco, 2011, p. 63)

Seguindo um dos trabalhos mais amplos e completo realizado sobre as Santas Casas de Misericórdia em Portugal, coordenado pelo professor José Pedro Paiva (Paiva, 2002), intitulado *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*<sup>22</sup>, podemos dizer que a fundação e a história das Misericórdias pode ser vista com um marco bem definido. Em primeiro lugar, teria o período paradigmático de sua fundação sob o reinado de D. Manoel; em segundo lugar, a sua fase de expansão e de recebimento de privilégios que marcaram os reinados de D. João III e D. Sebastião; em terceiro, o aumento da interferência régia e a elitização dos quadros participantes, que foi característico do governo dos Filipes; em quarto, sobretudo para as Misericórdias já estabelecidas, houve uma época de relativa estabilidade; em quinto lugar e adiante, as mudanças advindas a partir

---

<sup>22</sup> O projeto se iniciou em janeiro de 2001, no intuito de ser desenvolvido no âmbito das atividades do Centro de Estudos de História Religiosa por uma comissão científica, a qual foi designada pela Direção do Centro, atualmente constituída pelos professores doutores José Pedro Paiva (da Universidade de Coimbra, presidente), Maria Marta Lobo de Araújo (Universidade do Minho), Paulo Fontes (da Universidade Católica Portuguesa, representante da Direção do CEHR), Laurinda Abreu (da Universidade de Évora), Maria Antónia Lopes (da Universidade de Coimbra), Ângela Barreto Xavier (do Instituto de Ciências Sociais), Saul António Gomes (Universidade de Coimbra) e mestre Pedro Penteado (da Direcção-Geral de Arquivos/Torre do Tombo).

do governo de D. José I, que pôs sob novas condições a relação secular entre as Santas Casas e o Estado.

No caso do Brasil, como podemos ver em ampla revisão bibliográfica e pesquisa sobre o tema, as Misericórdias se seguiram, desde a metade do século XVI até ao século XVIII, variavelmente em relação à descoberta e valorização econômica de suas diferentes e ambíguas regiões. Entretanto, o crescimento das Misericórdias brasileiras não foi um processo contínuo e nem sempre seguiu aos resultados do dinamismo econômico. Houve ainda uma significativa precarização da rede assistencial, que pode ser considerada crônica no território colonial. Assim, a fundação de Misericórdias no Brasil por si só não garantiu a essas irmandades o primeiro lugar na vida associativa local, muito menos estabeleceu uma rede que pudesse comprometer com um serviço regular até, pelo menos, o início do século XVIII. Os motivos dessa dificuldade certamente envolviam questões locais, como a capacidade financeira e a disposição das elites locais em tomarem para si uma responsabilidade tão onerosa quanto a participação dentro de uma SCM. Outro ponto negativo em relação às Misericórdias brasileiras foi a questão de uma perspectiva mais estrutural. A fragmentação da rede hospitalar teve um efeito pequeno em relação ao número de congêneres que se espalham no imenso território americano; fator que diminuía e, às vezes, impedia a possibilidade de acesso próximo a uma ou mais SCM. Assim, a distância espacial foi um fator que reforçou o tônus informal que, de alguma maneira, pairava sobre a assistência na América portuguesa (Franco, 2011).

As cidades de Salvador e Rio de Janeiro foram sedes administrativas da colônia e exemplos mais próximos das bem-sucedidas Misericórdias portuguesas. Elas se afastavam consideravelmente no que dizia respeito aos valores de patrimônio e importância social das outras Santas Casas que se estabeleceram no Brasil. De acordo com Franco (2011), pode-se afirmar que, ao longo dos três séculos de colonização, a dinâmica assistencial que foi construída no território brasileiro seguiu um direcionamento específico, sustentado por pequena e fragmentada rede de apoio que era lentamente implantada, sobretudo, nos principais núcleos urbanos. Assim, outro fator considerável para a grande especificidade e grande fragmentação das Misericórdias brasileiras é que era preciso o crivo régio, uma autorização real, obviamente mais rigorosa a partir do século XVIII, após a vasta experiência na criação e manutenção das congêneres portuguesas. Inicialmente, várias Santas Casas foram instaladas no Brasil, mas tiveram uma vida difícil e, quando não desapareceram por completo, foram relegadas a segundo plano, perdendo a vocação de primazia para outras irmandades, como foi o caso de Ilhéus, Vitória, Vila Rica e Recife (Franco, 2011).

Nos dois primeiros séculos de expansão e afirmação dessas irmandades, que coincidiram com os dois primeiros séculos de colonização, observou-se um significativo número de criação das Santas Casas nas recém-criadas vilas. A criação das irmandades acompanhou de perto a inauguração das vilas e arraiais, o que conferiu à instalação de novas congêneres um duplo papel: se, de um lado, elas confirmavam a precedência da Misericórdia como uma das principais confrarias em termos imperiais, ao mesmo tempo, a presença de uma irmandade como a da Santa Casa enobrecia as pequenas e frágeis povoações do território americano, carentes de instituições e de elementos que as distinguissem. Embora o aparecimento das primeiras confrarias fosse tardio em relação à Ásia e África, a criação das Misericórdias americanas atestava a relevância simbólica que foi se sedimentando no além-mar em torno das Santas Casas de Misericórdia. Em 1640, o número de congêneres em todo o império era superior a 300, embora apenas 18 estivessem no território americano. Assim, duas localidades instaladas em pontos estratégicos da colonização, a capitania de Pernambuco e a capitania de São Vicente, disputam o título de primeira Misericórdia do Brasil. Olinda (1539-1545) e Santos (1543) simbolizavam a importância das principais capitanias de então, seguidas por outras sedes administrativas recém-criadas, como Vitória-ES (1545), Salvador-BA (1549), São Paulo-SP (1560), Ilhéus-BA (1564), Rio de Janeiro-RJ (1582) e João Pessoa-PB (1585) (Franco, 2011). Contudo, até o fim do período colonial, Bahia e Rio de Janeiro tiveram as mais importantes congêneres da Misericórdia no Brasil, bem diferentes em complexidade e em alcance assistencial em relação às demais confrarias da Misericórdia do território americano.

Segundo Isabel dos Guimarães Sá (2001), a data exata das fundações é um assunto controverso e que não elucidaria grandes questões sobre a história desses estabelecimentos. Contudo, concordamos com Franco (2011) quando diz que é importante localizar e datar esses acontecimentos, especificamente no caso americano, tão complexo e cheio de significações históricas e temporais. A dinâmica do surgimento das Misericórdias em relação aos ritmos vividos por essas irmandades ao longo da época moderna é importante para que se possa atribuir sentido às particularidades dessa mesma dinâmica no território americano.

No fim do século XVI, as Misericórdias brasileiras já caminhavam em direção à sedimentação do modelo imperial. Assim, os que faziam parte das principais elites da região cuidavam em beneficiar determinados grupos recorrentes no atendimento prestado por suas irmandades. Os principais atendidos eram as órfãs, os enfermos, bem como o enterro dos defuntos e, para além das obras de misericórdia espirituais, havia a celebração de missas. Já durante a união dinástica (1580-1640), houve uma progressiva elitização das confrarias, respaldada no crescente reconhecimento público, na presença cada vez mais incisiva do poder régio e no enriquecimento patrimonial das

principais congêneres. Do ponto de vista institucional, as irmandades mais proeminentes procuraram limitar o número de irmãos, evitando, assim, o crescimento desordenado. Esse corte numérico foi acompanhado também por uma seleção qualitativa, cujo principal alvo foram os cristãos-novos, que passaram a ser proibidos de participar a partir do compromisso de 1618 (Franco, 2011).

No ano de 1611, um alvará régio concedeu os mesmos privilégios da Misericórdia de Lisboa à Misericórdia da ilha de Itamaracá. O dinamismo observado em torno da região açucareira foi golpeado pela invasão holandesa (1630-1654). Boa parte das Misericórdias que começou a se espalhar pela capitania e em sua região jamais conseguiu se reerguer da perda de prestígio e patrimônio causada pela ocupação holandesa. Depois de 1654, foi comum o envio de demandas à coroa para recuperação dos bens perdidos durante a guerra. Como consequência da invasão holandesa, a América portuguesa desacelerou o ritmo de implantação de novas irmandades, interrompendo a expansão das congêneres na medida em que desacelerava também o surgimento de núcleos na área do açúcar. As Misericórdias já estavam estabelecidas nas principais regiões ocupadas pelos portugueses, marcadamente nas sedes administrativas. Foi em 1650 que a última irmandade do século XVII foi criada, em Belém. Confirmada por alvará régio, a irmandade do Pará possuía a especificidade de ter tido autorização episcopal e só depois solicitar a confirmação régia. A confirmação régia veio em 1667 (Franco, 2011). É importante lembrar que, uma vez aprovada a irmandade, a elite de cada localidade se inseriam numa instituição de esfera imperial. Nos domínios ultramarinos, a repercussão desses estabelecimentos nas comunidades locais não deixava dúvidas quanto a uma pretensa homogeneidade das práticas de salvação e de mobilização das elites e, ao mesmo tempo, reafirmava a forma modelar, tipicamente portuguesa, de tratar os pobres, os desvalidos, as crianças, os doentes, entret al.

Depois de fundada a Misericórdia de Belém, em 1650, seriam necessários mais de sete décadas até que fosse fundada outra congêneres, dessa vez, em Vila Rica, no território recém-descoberto de Minas Gerais. A segunda metade do século XVII foi escassa em fundações. De alguma forma isso seria o resultado de um período em que a colônia ainda lidava com a recuperação dos danos decorrentes da guerra holandesa e, ao mesmo tempo, por uma compressão econômica no nordeste da colônia. Assim, a expansão para o sul do continente, iniciada nessa mesma época, pareceu indicar uma nova alteração na dinâmica de fundação das Misericórdias de acordo com as novas conquistas dos colonizadores.

Fato é que até o ano de 1822, a rede de Misericórdias e respectivos hospitais da América portuguesa estavam em algumas das principais vilas e cidades da colônia, geralmente nas sedes

administrativas, revelando a sua grande especificidade no território. Contudo, o destino da fundação de novas Misericórdias seria modificado posteriormente. O número restrito de Misericórdias criadas no século XVIII seria contraposto a uma verdadeira explosão de confrarias inauguradas no século XIX. De acordo com o levantamento realizado por Yara Khoury (2004), de 1822 a 1900, teriam sido fundadas 91 instituições de assistência no Brasil, entre as quais 70 (77%) levavam a qualificação de “Misericórdia”.

No início do século XIX, seria evidente o empenho de governadores em reanimar instituições que estavam precárias e sem condições de continuidade de suas tarefas assistenciais. Franco (2011), coloca que as motivações que direcionavam os governadores a essa crescente preocupação estariam diretamente relacionadas à maior racionalização da assistência e na valorização dos hospitais como estabelecimentos úteis e necessários à conservação da vida da população. O período mais profícuo de fundações de Misericórdias certamente foi entre os séculos XVI e XVII. Já segunda metade do século XVIII dava indícios de uma visão menos elitista na formação dessas confrarias; embora criadas no período colonial, as Misericórdias tiveram seu maior surto de fundações apenas no Brasil independente.

Os privilégios ofertados as Misericórdias nasciam de natureza variada, fossem para as condições preferenciais no exercício das atividades assistenciais ou na precedência na angariação de recursos. Contudo, o que de fato atraía as elites locais eram as regalias das quais os confrades se beneficiavam. Assim, todos os irmãos de mesa eram isentos de ofícios e cargos obrigatórios, tinham isenção de taxas obrigatórias sobre seus bens e também recebiam isenção do pagamento de determinados impostos comuns no período, tais como: peitas, fintas, talhas, pedidos ou empréstimos; além de que não poderiam ser obrigados pelas autoridades municipais a participar de procissões sem a sua vontade. Outro fator que demonstra a independência entre as Misericórdias da colônia é o fato de que, além das Misericórdias das cidades de Salvador e do Rio de Janeiro, mais nenhuma irmandade mantinha sob sua administração a criação dos expostos. Essa tarefa foi tipicamente assumida por essas duas confrarias em parceria com as Câmaras das respectivas cidades. Assim também teria acontecido com o recolhimento de órfãos, instalados apenas nas mesmas duas cidades até o fim do século XVIII (Franco, 2011). No século XIX, em Minas Gerais, houve a criação de expostos pela Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, a partir de 1 de julho de 1832 (Alvarenga, 2009).

De acordo com Laurinda Abreu (2001), conforme aconteceu nas Misericórdias da Índia, as confrarias brasileiras também tiveram com o tratamento destinado aos militares um forte argumento que as favorecia no momento de alcançar benefícios régios. De fato, este, representava um

desvirtuamento da função primordial das confrarias, já que seus alvos principais eram os pobres de cada localidade. Contudo, o atendimento destinado aos soldados era uma maneira de obter consideráveis quantias do reinado para que fosse possível manter um hospital de grandes custos regular. Com o passar do século XVIII, foi recorrente que governadores e conselheiros lembrassem continuamente a necessidade de desonerar a Fazenda Real, dissuadindo a apropriação de rendas das cobranças régias, típica do século XVII. Assim, em 1769, o conde de Valadares informou a crise do hospital de Vila Rica, sugerindo que o privilégio das miunças fosse entregue à Misericórdia local (Franco, 2011). O privilégio das miunças, ou seja, a arrecadação de esmolas, seria uma possibilidade de aumento dos dividendos do hospital.

O privilégio das miunças era marcadamente concedido no século XVII, principalmente para as localidades onde se curavam os soldados. É necessário dizer que a relação entre as Misericórdias e a coroa foi sempre uma parceria irritadiça no que dizia respeito ao tratamento dos militares. Ao longo de todo o século XVIII, as discussões sobre o rompimento dos contratos estabelecidos foram constantes ao menos para as irmandades de Salvador e Rio de Janeiro. Também é importante dizer que as irmandades fundadas no século XVII não administravam o tratamento dos militares, porque havia hospitais reais à custa da coroa e totalmente independentes das Misericórdias, como foi o caso das cidades de Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso (Franco, 2011).

Já a partir de fins do século XVII, na colônia portuguesa, a monarquia passou a promover a concessão de loterias em vez de esmolas diretas, desonerando, assim, a Fazenda Real. A loteria foi utilizada, primeiramente, em Lisboa, no ano de 1783, como um recurso de financiamento pela Misericórdia para arcar com as suas necessidades urgentes em relação aos hospitais reais, de expostos e dos enfermos, e teria tendido a aumentar no século XIX. Na colônia portuguesa, por exemplo, as Misericórdias de Vila Rica, em 1816, e a do Rio de Janeiro, em 1821, teriam recebido o consentimento régio para lançar loterias com fins de custear parte de seus gastos (Franco, 2011).

A partir da segunda metade do século XVIII, o destino da Misericórdia foi sendo progressivamente alterados em decorrência de relatos de ouvidores e governadores que diziam das más administrações, além da moderação de patrimônio e irregularidades dos seus serviços assistenciais. Entretanto, não se tratava apenas de tentar resolver problemas administrativos, mas, sobretudo, fazer reerguer irmandades inexpressivas há muito tempo.

Em grande parte, pode-se dizer que a preocupação em reerguer a precária rede de hospitais se atribuída ao aparecimento de novos debates que incentivavam a combater com maior eficácia as enfermidades. Talvez, isso tenha sido um resultado direto das reformulações por quais passara o curso de medicina da Universidade de Coimbra, que transmitiu ao Estado uma função mais efetiva

no controle das populações e centrou forças na valorização da população. Dessa forma, embora as elites tivessem um papel justificador de protagonistas da assistência e ainda se mantivesse em termos semelhantes, o hospital passou a assumir, progressivamente, uma importância mais direta e se disseminou na América a partir da instalação do primeiro curso de medicina, em 1808, com a chegada da Família Real (Franco, 2011).

O papel central das Misericórdias na assistência institucional prestada pelos leigos é inegável. Essas instituições mantiveram a preponderância do atendimento, reuniram elites e, na medida do que lhes era possível, conservaram vivos valores caros à tradição religiosa. A partir da correspondência estabelecida entre as diferentes congêneres e o Conselho Ultramarino, observa-se igualmente a importância política do reconhecimento régio que abria portas para pedidos de ajuda, sedimentando um imaginário comum de piedade a instituições absolutamente distintas entre si. (Franco, 2011, p. 106)

Assim, a capacidade de se comunicar com a coroa deveria indicar, em certa medida, o dinamismo desses estabelecimentos junto às comunidades, bem como o seu sucesso ou infortúnio. Como se tratavam de instituições de imediata proteção régia, as isenções e precedências deveriam ser constantemente lembradas. Pedidos de esmolas e extensão de privilégios recorrentes poderiam indicar o papel ativo dessas irmandades mediadoras do diálogo entre a monarquia e as necessidades geridas localmente. Seria, de fato, contraditório que congêneres como a de Santos, Ilhéus, Vitória, Sergipe del-Rei, Itamaracá, Igarassu, São Paulo, Recife ou Vila Rica mantivessem o tradicional papel de primazia na vida associativa das suas respectivas localidades e, ao mesmo tempo, uma correspondência, como se verifica, tão pequena e lacunar com a coroa, sobretudo, se comparadas a irmandades sedimentadas, como foram os casos de Salvador, Rio de Janeiro, Olinda ou Belém (esta última, sobretudo, no século XVIII), em constante contato com o rei (Franco, 2011).

#### **4.2 As Misericórdias nas Minas Gerais da Estrada Real**

A fundação de Misericórdias no século XVII não foi significativa. Isso porque o reinado começou a controlar e a diminuir a fundação de novas Misericórdias, resultado das dificuldades financeiras e administrativas por que passaram várias Misericórdias do império já nas três primeiras décadas do século XVIII. Assim, a criação de novas congêneres passou a ser extremamente cuidadosa. E é justamente nesse cenário de experiências não exitosas que a fundação de novas Misericórdias chega a Minas Gerais pelos caminhos delineados a partir da Estrada Real.



O insucesso em parte, principalmente das Misericórdias mineiras, pareceu se dar, conforme afirma Khoury (2004), pelo peso das demais irmandades, confrarias e ordens terceiras que se estabeleceram na região. O surgimento de algumas dessas instituições foi anterior à criação de Misericórdias em algumas cidades; elas também prestavam auxílios no que tange à assistência espiritual e material, principais demandas daquele momento. Este fato demonstra como é errôneo o caráter de generalização da questão de sucesso para todas as Misericórdias Portuguesas. O cenário era muito mais complexo do que a literatura considera, principalmente, no caso brasileiro ao qual tivemos acesso.

A primeira Misericórdia do território mineiro foi fundada cerca de 20 anos após a criação da Câmara de Vila Rica e mais de 30 anos depois das primeiras ocupações de sua região. Aqui se constata uma diferença significativa no que diz respeito à região de Minas Gerais em relação às outras regiões até então ocupadas no território americano: os territórios conquistados a partir do final do século XVII, no interior do sertão, não tiveram Misericórdias como um paradigma da caridade institucional. Além de terem o surgimento tardio em relação às primeiras congêneres da colônia, o funcionamento das congêneres mineiras foi irregular. As irmandades da Misericórdia foram ofuscadas por irmandades religiosas mais antigas e também pelas ordens terceiras que floresceram a partir da década de 1740. Irmandades essas que adquiriram o respeito e o fervor devocional no interior do sertão colonial. Assim, a coroa portuguesa parecia mais preocupada em verificar a capacidade financeira para manter os altos custos que geralmente essas irmandades significavam, subestimando o caráter devocional a favor de uma visão mais racional. Assim, as congêneres da Misericórdia não perderam sua função representativa e devocional, ainda representavam motivo de orgulho e de incentivo régio, mas a fundação de novas Santas Casas deveria ser aprovada a partir de critérios mais rígidos e, especialmente, deveria ser avaliada a real capacidade da futura irmandade em se manter financeiramente (Franco, 2011).

No ano de 1726, o vigário da freguesia de Nossa Senhora do Pilar do Ouro Preto e alguns dos moradores dessa localidade enviou ao Conselho Ultramarino um pedido solicitando a criação de uma Misericórdia e de um hospital com direito aos mesmos privilégios da Misericórdia de Lisboa. O rei autorizou a fundação, mas negou a extensão dos privilégios. Assim, a irmandade não teve forças para se erguer. Somente após oito anos a confraria foi efetivamente criada, a partir do legado de um benfeitor, o capitão-mor da Vila, Henrique Lopes de Araújo, que, mesmo de origem modesta, teria conseguido juntar uma fortuna nos primeiros anos de ocupação do território mineiro. Assim, a Misericórdia de Vila Rica reiniciou o ciclo de fundações das Misericórdias no século XVIII, mas permaneceu ao longo de todo o século sem a primazia entre as confrarias da localidade. Tendo

como característica recorrente nos territórios ocupados no interior da colônia a partir do século XVIII a não primazia de seus atendimentos entre as demais irmandades das localidades entre as quais se instalaram. Isso ocorreu em Minas Gerais, em Goiás e em Mato Grosso, localidades que não tiveram na Misericórdia uma entidade paradigmática de acolhimento à pobreza ao longo do século. A coroa portuguesa se tornava cada vez mais cautelosa a respeito da criação de novas confrarias, pretendendo que elas pudessem ter apropriada independência financeira (Franco, 2011).

Mesmo que as permissões régias para a fundação de novas Misericórdias não fossem constantes, observou-se um duplo movimento no qual visões mais objetivas e menos elitistas ganhavam força em diversos projetos de hospitais geridos por outras congregações que não a Irmandade da Misericórdia. Foi assim que, no século XVIII, surgiram como Misericórdias aprovadas pela coroa, apenas as irmandades de Vila Rica (1735), Recife (1735) e Campos (1792). Contudo, demais instituições de auxílio surgiram nesse século e, a partir de estatutos mais amplos, foram se transformando em Misericórdias (Franco, 2011). Esse foi o caso da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei.

Em continuidade, as fundações de Misericórdias no século XVIII e, especialmente em Minas Gerais, em 1783, um ermitão chamado Manoel de Jesus Fortes, com esmolas recolhidas em São João del-Rei, fundou um hospital para enfermos que viviam ali sem nenhuma assistência. Em apenas quatro meses, as obras do hospital estariam adiantadas e a construção acomodaria cerca de 30 doentes. Em um curto espaço de tempo, o hospital teria atendido 60 doentes (Franco, 2011). Contudo, como já dissemos anteriormente (na Introdução), a Misericórdia de São João del-Rei foi criada em 1783 e era denominada “Casa do Hospital e Caridade”, sua capela foi construída sob a invocação de Nossa Senhora da Misericórdia, de São João de Deus e das benditas almas do purgatório; em sua fundação, esta não era uma Misericórdia *stricto sensu*. Ela fez parte dos hospitais criados por Irmandades ou benfeitores a partir de um estatuto mais amplo e menos rígido, conforme citado acima. Foi somente em 1816 que seu estatuto foi aprovado e, assim, confirmaram a Misericórdia semelhante às Misericórdias de Lisboa, modificando seu nome para Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, em 1817.

Sobre Manoel de Jesus Fortes, sabe-se que foi um personagem singular no cenário são-joanense do século XVIII. De acordo com Guimarães (1996), a imagem de Manoel foi focada em uma primeira fase de forma romântica e legendária, o que, segundo o autor, provavelmente com algum fundo de verdade. Sabe-se que sua história culminou em fato expressivo que justificaria plenamente a sua inclusão entre as figuras de destaque na história da cidade de São João del-Rei e de Minas Gerais com forte caráter leigo e assistencial. O nome de Manoel de Jesus Fortes está associado à

fundação de três instituições criadas em Minas Gerais no século XVIII, uma capela em Vila Rica, a Santa Casa de São João del-Rei e Santa Casa de Caridade da cidade de Diamantina.

Observamos que, por meio de suas andanças, Manoel de Jesus criou, em 1772, uma capela em Vila Rica; em 1783, a Santa Casa de São João del-Rei; e, em 1790, a Santa Casa de Diamantina.

Sobre Manoel de Jesus Fortes, sabe-se que suas andanças por Minas Gerais indicavam um ideal caritativo fortemente calcado nas premissas tridentinas, na valorização da pobreza e da misericórdia como formas de redenção dos leigos. Em 1772, o religioso estava em Vila Rica e fez uma capela em Alto do Passa Dez, delegando-a sob a invocação do Santíssimo Coração de Jesus e de São Miguel e Almas (Franco, 2011). Assim observamos que devoção às almas do purgatório, era um paradigma de caridade espiritual da época e um dos principais exemplos de misericórdia realizados pelas Santas Casas. Conforme Franco (2011), pode-se dizer que, em Minas Gerais, o culto às santas almas foi bastante precoce e era expresso na importância social das irmandades de São Miguel e Almas em detrimento da parca relevância das Misericórdias.

Após o exemplo de Manoel de Jesus Fortes, observamos a ação de Antônio de Abreu Guimarães, homem de negócio que proporia a criação de uma série de instituições de caridade com seu patrocínio, a partir da fortuna conquistada em Minas Gerais. De acordo com Franco (2001), nascido em Guimarães, Abreu Guimarães não tinha herdeiros e pretendia, em 1787, deixar uma verdadeira fortuna para a fundação de novos estabelecimentos. Antônio de Abreu Guimarães, era um português afortunado e considerado pela população de Sabará seu grande benemérito, utilizou de seus recursos para proporcionar a cidade soluções dignas para tratamento médico-hospitalar de seus doentes. Quando Guimarães retornou a Portugal deixou, 800 mil réis para a construção de um hospital. Esse valor foi repassado à Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo de Sabará, que o administraria por 20 anos, até que, em 1832, seria criada a Misericórdia de Sabará, após autorização Real, cujo hospital começou a funcionar em 1834 (Franco, 2011; Fonseca, 2008). Além dos 800 mil réis, Guimarães teria deixado também algumas propriedades. (<http://www.santacasasabara.org.br/santacasa.htm>).

É interessante perceber que a proposta do hospital de Sabará não fez referência a uma instituição da Misericórdia, ao contrário das demais congêneres, onde a tradição portuguesa era de manter as instituições de assistência sob a administração de leigos. Assim, Antônio de Abreu Guimarães, propôs que se criasse um hospício de sacerdotes oratorianos, que, segundo Guimarães, citado por Franco (2011) “por serem sujeitos hábeis e exemplares”. Dessa forma, conforme a solicitação, todos os estabelecimentos doados pelo homem de negócio deveriam ficar sob a tutela dos sacerdotes e seriam regidos por estatutos aprovados pela rainha. Contudo, quando aceitou a proposta, em 1788, a

coroa deixou claro que os estabelecimentos estariam submetidos ao ordinário: “Ficando, contudo, pertencendo ao Ordinário, o que toca tão somente ao foro da consciência e a decência do culto divino nas Igrejas ou capelas das fundações sem poder intrometer em alguma outra coisa” (Franco, 2011, p. 91).

Aqui, a Santa Casa de Sabará se faz excepcional em relação as outras Santas Casas até então criadas em Minas Gerais; um hospital foi criado anteriormente, sendo dirigido por uma ordem religiosa e destinado, inicialmente, para o abrigo de sacerdotes, posteriormente, tornou-se um hospital dedicado também aos lázaros. Por esse motivo, a Santa Casa de Sabará passa a fazer parte do presente trabalho apenas de forma constitutiva, não adentrando nos méritos de assistência aos alienados e, portanto, ficando aqui o nosso interesse por essa instituição.

## 5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Aqui, se faz importante uma consideração. Mesmo que a psiquiatria brasileira tenha tido suas primeiras formulações e códigos, bem como leis oficiais, apenas a partir de meados do século XIX, já no Brasil Independente, isso não é um fator que permita afirmar que ela tenha nascido nesse século. Até agora, vimos um longo caminho histórico pelo qual a assistência aos alienados percorreu até que leis e posturas fossem definidas pelo Estado. E é somente por esse fio histórico que poderemos compreender a sua construção e desenvolvimento. Nesse sentido, Roberto Machado et al. afirmam:

Dizer que a medicina social brasileira se constitui no início do século XIX significa encontrar uma nova modalidade de projeto teórico e prático de medicina que só será conceituado com exatidão se puder ser distinguido de formas históricas que o precedem. E o conceito de saúde, tal como se formula e se toma uma evidência a partir do século XIX, ganha uma inesperada clareza justamente quando comparado com o sentido que teve esse termo no período colonial. (Machado et al., 1978, p. 19)

Para escrever esse capítulo sobre a assistência à saúde mental no Brasil, utilizaremos como referência o livro *Danação da norma*, de Roberto Machado et al. Nesse livro, Roberto Machado et al. trazem uma leitura clara e bem delimitada sobre a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Porém, vale ressaltar que, sempre que Roberto Machado et al. relatam sobre as Santas Casas de Misericórdia, fala de uma forma generalista; contudo, sua pesquisa contou com a maior parte de dados da SCM do Rio de Janeiro. E, como a SCM do Rio de Janeiro, todas as outras SCM tiveram suas particularidades de acordo com a comunidade e sociedade na qual estavam inseridas; por isso, não podemos generalizar o funcionamento de uma Santa Casa de Misericórdia a todas as outras.

A cidade do Rio de Janeiro sempre foi um ponto importante da colônia, seja por seus limites portuários, ou pela sua importância política e econômica desde os tempos coloniais. Nesse sentido, é importante dizer que o século XVIII foi, para o Brasil, um momento ímpar e decisivo de sua história, que teve como palco a cidade do Rio de Janeiro. Assim, a SCM do Rio de Janeiro também teve sua importância particular. Ela foi a quarta SCM instalada no Brasil; juntamente com a SCM da Bahia, a do Rio gozou dos mesmos privilégios e isenções, fossem eles políticos, econômicos e sociais, da Misericórdia de Lisboa. Quando Roberto Machado et al. fazem suas análises sobre o Rio

de Janeiro, seja em relação à criação da medicina social, seja em relação aos movimentos de assistência aos alienados, a SCM do Rio de Janeiro já estava instalada na capital<sup>23</sup> do Brasil.

Assim como as principais cidades da Europa do século XV e XVI, que sofreram com epidêmias e crises decorrentes do novo modelo econômico e do grande aumento da população, a colônia brasileira, à medida que foi sendo povoada pelos colonizadores e por aqueles que aqui tentavam construir riquezas, também sofreu com grandes epidemias e crises. Em decorrência dessas crises e epidemias, os moradores das cidades e vilas coloniais solicitavam a presença de alguém que curasse, de uma figura que pudesse socorrê-los. A população não solicitava necessariamente a figura do médico; ela buscava um meio de cuidado quando adoecia. A figura do médico, por sua vez, era escassa e quase que restrita aos mais abastados da população. Conseguir a presença de um médico era algo muito difícil. Quase não existiam médicos na colônia e os que existiam eram extremamente demandados, raros e caros.

Machado et al. (1978) dizem que essa quase inexistência de médicos era resultado da proibição por parte de Portugal do Ensino Superior nas colônias. Assim, uma das saídas era a tentativa de resolver as questões de doença a partir de outras soluções. a relação médico-doença foi, praticamente, inexistente no período colonial até a chegada da Família Real, em 1808. Nesse sentido, buscavam-se formas alternativas de cura, como o conhecimento dos indígenas, dos negros, dos jesuítas e até dos fazendeiros. Essa procura, porém, não quer dizer que o exercício da “arte de curar” fosse livre ou que a coroa portuguesa não mantivesse formas de fiscalização sobre isso.

Ate o século XIX não existia ensino medico praticado em hospital, um saber medico originário da observação, sobretudo hospitalar. A qualificação do medico era feita através da transmissão pessoal de conhecimentos aqueles que praticavam medicina, cirurgia e farmácia, como auxiliares de um diplomado. Além disso, a situação é de uma virtual inexistência de médicos formados e a persistência e a aceitação de uma “medicina popular” que escapava ao controle do corpo médico. (Machado et al., 1978, p. 191)

Na região de Diamantina, por exemplo, há o relato do viajante inglês John Mawe<sup>24</sup> sobre como no princípio do século XIX as pessoas que demonstravam sabedoria e erudição eram identificadas como médicos ou pessoas capazes de realizar a arte de curar. E, por isso, eram assediadas enquanto tal, tamanha era a carência de doutores na região. Segue o relato de como a sociedade, mesmo distante da capital do reinado, também almejava ser cuidada:

---

<sup>23</sup> A cidade do Rio de Janeiro foi a capital do Brasil no período de 1763 a 1960, quando a sede do governo se transferiu para Brasília. A capital passou por vários períodos desde a capital da colônia do Império Ultramarino Português, ao Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves, e a capital da República dos Estados Unidos do Brasil.

<sup>24</sup> John Mawe era um negociante inglês que veio para o Brasil em 1808 e por aqui permaneceu até 1818. Viajou pelo país descrevendo o que via, publicou sua obra *Notas sobre o Rio de Janeiro e partes meridionais: 1808-1818*. Há relatos de que esteve em São João del-Rei no ano de 1818 (<http://www.sjdr.com.br/historia/celebridades/luccock.html>). Assim, supõe-se que tenha estado na região de Diamantina em período aproximado.

Meu hospedeiro, que era asmático, na suposição de eu partilhar da habilidade comum aos meus patrícios, rogou-me que o curasse. Nada sei de medicina; em todo caso arrisquei-me a dar-lhe umas tantas poções triviais que me pareceram capazes de lhe aliviar tanto o espírito como a tosse. Parecendo-lhe ter melhorado, logo proclamou minha fama de maneira tal que fui assediado por pacientes de todas as espécies de moléstias, muitas das quais levariam o próprio Esculápio a perder a cabeça. (Luccock, 1975, p. 121)

Quando a medicina é integrada à esfera do poder real, passa a ter um caráter político e controlador. No Brasil, surge a fisicatura, uma espécie de cargo médico que controla<sup>25</sup> as ações de saúde e doença. Segundo Machado et al., ela:

... não é o lugar de enunciação do discurso médico que deve orientar a prática. Ela é unicamente o lugar político de regulação dessa prática através de leis que visam a legitimá-la e fiscalizá-la. A fiscalização é entendida como a forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder soberano. (Machado et al., 1978, p. 27)

Foi no ano de 1782 que D. Maria I criou a Junta do Proto-Medicato, uma nova modalidade para cumprir as mesmas funções. Assim, não houve grandes modificações com a passagem da fisicatura ao Proto-Medicato. Eram dois tipos de poder semelhantes, que procuravam, com poucos resultados, fiscalizar a prática da medicina, cirurgia e farmácia. Ainda assim, além dessa continuidade de objetivos propostos, os cargos de físcico e cirurgião-mor não desapareceram, na medida em que os dois faziam parte da Junta como deputados natos. A Junta Proto-Medicato era do tipo corporativo e encarregado de fiscalizar o exercício das profissões médicas. Seria um órgão de tipo burocrático-administrativo, em que regularizar era também legalizar. Tinha uma prática limitada e que remetia apenas ao interior da própria medicina; contudo, era de tipo jurídico e punitivo (Machado et al., 1978). Assim, no caso do Brasil Colônia, quem procurava estabelecer alguma relação entre saúde e sociedade eram as Câmaras Municipais, responsáveis, sobretudo, por velar pela limpeza da cidade, sem que maiores questões fossem importantes nesse momento.

Por que essa ação passava pelas Câmaras Municipais? Eram as Câmaras responsáveis pela fiscalização sobre o exercício da profissão médica, antes da criação da fisicatura. Para ser médico e exercer a profissão no Brasil, além dos diplomas que seriam conferidos pela fisicatura, para realizar o exercício da profissão, os médicos eram obrigados a se inscrever na Câmara da cidade ou vila onde praticariam o seu ofício. O controle ainda iria além, era também proibida a venda de remédios sem a expressa autorização da Câmara, que seria dada sobre forma de licença (Machado et al., 1978).

---

<sup>25</sup> “A existência de uma autoridade médica em Portugal, integrada no dispositivo político-administrativo da monarquia, tem sua origem mais remota no funcionamento do cargo de Cirurgião-mor dos Exércitos, estabelecido em 1260 com a finalidade de fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas.” (Machado, 1978, p. 25)

Lembremos que as Santas Casas de Misericórdia e as Câmaras Municipais eram as duas principais instituições do Brasil desde o início da colonização portuguesa. Assim, após o início da colonização e povoamento do Brasil, a população passa a ser vital para defender as terras e, também, para nelas produzir. Nesse momento, a população aparece como elemento a ser preservado em vida, como subordinados do rei, sujeitos povoadores de uma terra que é disputada pelo seu alto nível de produção e vitalidade. É assim que a questão da sujeira e das doenças vai se articulando como um binômio a ser evitado pela coroa portuguesa.

### **5.1 A função social do hospital no Brasil**

Nesse contexto, a instituição hospital passa a ser fundamental para a compreensão da medicina a partir do século XIX, no Brasil, tanto no que dizia respeito à sua teoria quanto à sua prática. Aqui, o hospital como instituição deve ser analisado quando se coloca em voga a questão da função social da medicina e a distinção do tipo de organização e de funcionamento que os cuidados de saúde passam a exigir e a ser desenvolvidos a partir do nascimento da medicina social e de sua configuração antes do início do que se pode chamar de “nossa modernidade”.

Em relação aos hospitais coloniais do Brasil e aos hospitais gerais que passam a tomar grandes dimensões na Europa a partir do século XIX, há sempre uma dúvida em relação à comparação entre estes. Seriam os mesmos tratamentos desenvolvidos? A mesma estrutura assistencial? Os mesmos fins? Os hospitais coloniais seriam, de fato, um protótipo aos hospitais modernos? Machado et al. (1978) dizem que não podemos encontrar nenhuma semelhança.

Não podemos afirmar que a assistência aos enfermos durante o período colonial tenha sido sempre competência de religiosos ou de irmãs de caridade. Embora essa assistência tenha sido muitas vezes inspirada pela caridade cristã, em alguns casos, ela era ministrada por leigos. Quando questiona o tratamento dispensado aos doentes nos hospitais coloniais, Machado et al. (1978) dizem que, pelas queixas apresentadas pelos militares aos serviços da Santa Casa, no caso a SCM do Rio de Janeiro, “inexistia de uma organização terapêutica do espaço interno do hospital, já que as queixas se referiam fundamentalmente ao diminuto espaço reservado para as enfermarias dos soldados” (p. 60). O que se observa em relação a essa queixa na SCM do Rio de Janeiro é uma atenção ao processo do adoecer e não a questão da prevenção.



Dessa forma, o exercício da prática médica no Brasil Colônia não esteve estritamente articulado ao exercício da medicina dentro do hospital. O serviço de hospitalização da época colonial é, fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada, sobretudo, aos doentes mais pobres. Era uma assistência promovida por ordens religiosas e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia. Embora fosse promovida por ordens ou irmandades religiosas, na maioria das vezes, ela era praticada por sujeitos leigos.

O público-alvo das Misericórdias dependia do fluxo e das posses de sua população local. Não eram somente os doentes pobres que se beneficiam dos serviços dos hospitais da Misericórdia. Os forasteiros e, principalmente, os soldados e marinheiros lá também eram internados por não lhes haver nenhum outro estabelecimento específico. Contudo, são os soldados pobres que constituem o maior número de enfermos assistidos pelos hospitais da Misericórdia (Machado et al., 1978). Os soldados e demais sujeitos que pudessem pagar pelo tratamento, posteriormente, passaram a ser aceitos como pensionistas. Nas cidades onde havia quartéis militares, o serviço das Santas Casas era solicitado para o tratamento dos militares enfermos ou feridos em seus trabalhos; contudo, devido à falta de um espaço específico para os militares nas Santas Casas, o hospital se tornava incapaz de cumprir os objetivos de conservação da tropa para a defesa do território, como foi o caso da SCM do Rio de Janeiro. Assim, o hospital da Misericórdia passou a ser um lugar evitado pelos militares cariocas, que passaram a vê-la como um lugar produtor e reprodutor de morte, acarretando, assim, prejuízos para os interesses financeiros e militares da coroa.

Foi com a transferência da sede do vice-reinado de Salvador para o Rio de Janeiro em 1763 que começaram a surgir grandes impactos nas questões médicas e políticas na cidade. Assim, a oposição entre a medicina colonial e a medicina social que se desenvolvia não pareceu ser tão irrestrita quando se considera o tipo de poder que foi caracterizado na segunda metade do século XVIII no Brasil (Machado et al., 1978). “É justamente no âmbito desta nova orientação da administração colonial, que procura planejar medidas de transformação dos indivíduos e das populações utilizando-se de um esquema de militarização da cidade, que é colocada de maneira nova a questão da saúde e da doença.” (Machado et al., 1978, p. 122).

Machado et al. (1978) afirmam que a ausência de assistência ou a má assistência da Misericórdia no caso dos militares levou a uma única medida: a criação do hospital militar, utilizado como instrumento apropriado para resolver os problemas que o soldado doente ou ferido colocasse para a administração pública. Vemos nessa medida uma primeira ação concreta do Estado para interferir no modelo assistencial das SCM em relação à questão da saúde e das práticas que a ela cabiam. Essa medida foi formulada pelo governador e pelo militar e não pelo médico que, nesse momento,

não é um sujeito autorizado para tal empreitada, e sim o administrador público. Aqui, o hospital não é visto como um instrumento de intervenção positiva para a população, que tem como objetivo obter a cura e produzir saúde. Melhores condições em relação à saúde, para a administração pública, significa, antes de qualquer coisa, um espaço maior, com manutenção coerente e, principalmente, com uma administração menos dispendiosa, porque esta seria controlada de perto (Machado et al., 1978).

A construção do hospital militar, no Rio de Janeiro, tem a lógica de seu funcionamento envolta em um campo de interesses que são estratégicos e administrativos para o governo central. O hospital militar, no final do século XVIII e início do século XIX, é percebido como um instrumento não apenas de registro e análise de casos, mas também passa a ser visto como lugar de formação qualificada. É no hospital militar do Rio de Janeiro que a concepção, consolidada na Europa, de formação médica dentro dos hospitais irá primeiramente repercutir, por meio de um interesse claro que a administração colonial passará a demonstrar pelo processo de formação de especialidades médicas. É nesse âmbito que, segundo Machado et al. (1978), o projeto de criação de um novo hospital irá desencadear um novo discurso, que se tornará abrangente e acabará por tomar conta de três esferas principais que circundam o vice-reinado, sejam elas: a vida da população, o trabalho e a defesa. Assim, ao final do século XVIII, explicita-se o projeto de reformulação da função hospitalar no Brasil. O hospital se torna uma instância pública que, operando sobre uma determinada população, irá garantir os interesses da administração colonial tanto na área do trabalho, quanto na da defesa. Nesse momento, a doença será inscrita em uma perspectiva social mais ampla.

Antes do século XIX não se encontra seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate as causas das doenças procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo, fundamentalmente evitar a morte. A ausência da questão da saúde, tematizada positivamente como algo a ser cultivado, incentivado, organizado, faz, com que toda idéia de prevenção esteja ausente do âmbito da medicina que atua sempre de forma *a posteriori*, recuperadora. (Machado et al., 1978, p. 154)

Assim, percebemos que a necessidade de uma investigação histórica sobre a medicina e suas relações com a estrutura social brasileira se faz importante para compreensão de sua complexidade, envolta ao contexto social, político e econômico desde os tempos coloniais. Concordando com Machado et al. (1978), percebemos que a medicina social não é uma exigência médica nascida apenas na atualidade, como fruto de uma posição de luta que envolve a situação da medicina contra um país capitalista, bem como não é uma exigência fundamental da teoria e da prática médica em todas as épocas. Apenas em um determinado momento de nossa história que é possível perceber o

nascimento de um tipo específico de medicina, que, pelas suas próprias características, de como colocou em voga a questão da saúde da população e passou a intervir na sociedade de maneira geral, pode ser chamada de medicina social.

## 5.2 1808: um acontecimento

O século XIX foi para o Brasil o início de um processo marcado por transformações políticas e econômicas que iriam atingir o âmbito da medicina de forma definitiva. Assim, essas transformações vão inaugurar duas características que, não só têm vigorado até os dias de hoje, como se intensificam cada vez mais: “a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado” (Machado et al., 1978, p. 155). É aqui que a transformação do objeto da medicina irá significar fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde, nascendo também a importância da ideia de controle das questões de saúde a partir do conceito de periculosidade e de prevenção.

O médico torna-se cientista social integrando a sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão da saúde; torna-se, enfim, analista de instituições: transforma o hospital – antes órgão de assistência, aos pobres – em “máquina de curar”; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tomado doente mental; inaugura o espaço da clínica, condenando formas alternativas de cura; oferece um modelo de transformação da prisão e de formação a escola. (Machado et al., 1978, p. 155)

O início do século XIX e a vinda da família Real irão marcar não só a medicina, mas, principalmente, um novo período em nossa história. O século XIX será um século cheio de novos significados, atribuições e, também, conquistas. Será a partir da transferência da corte portuguesa para o Brasil, no ano de 1808, que essas mudanças irão acontecer e fazer, de fato, com que o Brasil dê passos para sua consolidação como um país independente, dando origem à república de hoje.

A transferência da corte portuguesa para o Brasil em 1808, desencadeia transformações que serão importantes para a relação entre Estado, sociedade e medicina. O poder central, ao instalar-se, atribui a si próprio determinadas funções: garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do “povo” da nova terra. Funções que estão articuladas a mudanças que atingem tanto a presença do Brasil no mundo quanto sua realidade interna. (Machado et al., 1978, p. 159)

Como uma de suas primeiras medidas no Brasil, a corte portuguesa, logo em 1808, irá realizar a abertura dos portos às nações amigas. A nova sede do governo, que em 1815 será elevada a Reino Unido de Portugal e Algarves, passará a fazer parte também das rotas comerciais inglesas – até então, o Brasil só tinha relações comerciais com Portugal. Essa medida também casou transformações no interior do reino, com a instalação de instituições que já existiam em Portugal. D. João irá criar instituições<sup>26</sup> que procuram fazer não só do território brasileiro, mas também de sua população, “objetos de conhecimento e intervenção, além de se constituírem como focos de difusão de saber – por exemplo, a Academia Real Militar, o curso de agricultura, cadeira de economia, Biblioteca Real, Museu Real, Jardim Botânico, etc.” (Machado et al., 1978, p. 160).

Portanto, nesse quadro de mudanças e novas instituições estatais são inseridas modificações importantes no âmbito da medicina, que irão ampliar os limites de sua ação e prática na sociedade. Será criada a Provedoria de Saúde e do Ensino Cirúrgico no Brasil. Em 1808, D. Joao irá consultar o recém-nomeado físico-mor Manoel Vieira da Silva, pedindo-lhe a opinião dos médicos a respeito das causas das doenças aqui encontradas e informações também sobre o meio de removê-las. Nesse momento, será sem o intermédio da Câmara que o soberano consultaria a corporação dos médicos, não mais aos médicos notáveis, como em 1798, mas o próprio poder médico, a Fisicatura, órgão que substitui naquele ano a Junta do Proto-Medicato. Foi também com a vinda da família real e em decorrência das novas visões sobre saúde e doença que as sepulturas dentro das igrejas e dos cemitérios da Santa Casa de Misericórdia (RJ) começará a ser uma prática contestada. É, então, aconselhado que o estabelecimento de cemitérios aconteça fora da cidade, para que a observação do tempo de extinção dos cadáveres não seja desconsiderada, evitando, assim, que as carnes em putrefação possam gerar mais doenças. (Machado et al., 1978).

Como resultado das novas medidas em relação à saúde e à prevenção e como resposta também imediata ao Rei, em 1809 é criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Costa e Estados do Brasil, que seria ocupado, então, pelo próprio físico-mor. Segundo Roberto Machado et al. (1978), esta é uma data importante para se assinalar, já que é o momento em que uma instância propriamente médica é criada para assumir o controle das medidas de higiene pública. É também nesse momento que se passa a realizar uma polícia médica, como possibilidade de neutralizar os focos de doença, que até então assolavam a população.

---

<sup>26</sup> “Os documentos – cartas e ordens régias, decretos, decisões – que permitem retratar este movimento de criação de novas instituições, enunciam uma nova verdade: o conhecimento da Colônia é colocado como fundamento necessário para uma intervenção voltada para o aumento da produção, para a defesa da terra, para a saúde da população. A necessidade e o estabelecimento destas instituições articulam-se com o engrandecimento da Colônia.” (Machado, 1978, p. 160)

Mas a polícia médica não é originária de Portugal. Esse conceito, segundo Rosen (1980), desenvolveu-se na Alemanha, no século XVIII. No Brasil, a necessidade de uma polícia e especificamente de uma polícia médica se colocaria a partir da chegada de D. João. E é no dia 5 de abril de 1808 que a Intendência Geral de Polícia é criada, com o encargo de se ocupar da realização de um governo civil na corte. A Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde serão poderes que irão se agrupar e se complementarem em suas funções. Assim, a Provedoria de Saúde faria parte de uma estratégia específica do poder central relativo à população.

Até esse momento, não havia no Brasil instituições que se dedicassem ao ensino universitário, o que obrigava a quem pretendesse exercer alguma profissão universitária, durante o período colonial, ir estudar no exterior, sobretudo em Coimbra. Dessa forma, a proibição de ensino superior era um ponto básico da política de Portugal em relação ao Brasil Colônia. Um ponto básico de seu poder centralizador. Um exemplo dessa posição centralizadora, que objetivava a perpetuação do domínio português sobre o Brasil, é a resposta do Conselho Ultramarino às Câmaras Municipais de Minas Gerais que, no período colonial, havia proposto a criação de uma Faculdade de Medicina que seria por elas mesmas financiada (Machado et al., 1978).

No ano de 1826, o ensino médico irá ganhar autonomia em relação à Fiscatura no Brasil. Isso significa um importante golpe no poder desse órgão que, entre outras ações, será o responsável pela sua extinção em 1828. A Fiscatura acabou sendo caracterizada como um poder cego, arbitrário, centralizador e identificado apenas aos interesses portugueses. Agora, a saúde irá se tornar objeto do poder central, dessa vez, dentro do próprio Brasil. E será em 1832 que as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia serão criadas. Assim, a medicina social no Brasil começa a se caracterizar como uma ação transformadora e que instituirá normas, impondo exigências a uma realidade que até então era vista como hostil e desigual. Contudo, terá, em suma, o objetivo de normalização.

### **5.3 A saúde no Brasil como um desafio político**

Acabadas a Fiscatura e a Provedoria de Saúde, a responsabilidade pela higiene pública será repassado para as Câmaras Municipais. Entretanto, as Câmaras Municipais não são mais as mesmas do período colonial. Elas serão revestidas de outras funções e legislações.

Em 1824, será promulgada uma Constituição por D. Pedro I; nela, constará o artigo 167, que prevê a criação de novas Câmaras Municipais, sob novos moldes que não os da época colonial. As

atribuições judiciais até então sob comando das Câmaras Municipais serão encerradas. As Câmaras serão órgãos expressamente de caráter administrativo. Esse novo regulamento, que prevê as novas formas de funcionamento das Câmaras, será importante porque colocará o tema da higiene pública em voga. Assim, o governo policial de cada município passaria a responder por desordens urbanas em três aspectos: urbanístico, econômico e populacional (Machado et al., 1978). Entre o detalhamento de cada aspecto, o que mais nos interessa seria o terceiro, direcionado diretamente à vigilância da população:

Finalmente, um terceiro aspecto, relacionado diretamente a vigilância da população, completa a resposta das Posturas Policiais do Regulamento de 1828 a desordem urbana. Neste aspecto, duas especificações distinguem-se: por um lado, *a população é vista como portadora de perigo, proveniente de um comportamento desregrado. Assim, as Câmaras devem tomar medidas contra "O perigo da divagação dos loucos e embriagados"*; "as vozerias nas ruas em horas de silêncio, injúrias e obscenidades contra a moral pública", além de cuidar em somente autorizar espetáculos públicos as Câmaras Municipais devem promover o bem-estar da população através da Proteção de sua saúde e educação, seja inspecionando as escolas primárias e prestigiando os hospitais e outras obras assistenciais existentes, seja proporcionando condições para a sua criação. [itálico nosso] (Machado et al., 1978, p. 183-184).

Os loucos já são vistos por esse novo regulamento como ameaça à população, como ameaça à nova ordem nascente. Apesar de o regulamento de 1828 tratar sobre a questão da higiene pública, não traz novos encargos à Provedoria de Saúde; e não será sem críticas que a imposição desse regulamento leigo iria entrar em pauta em relação aos cuidados de saúde e higiene. Aqui, os médicos irão se contrapor e apontarão em seus discursos a crítica a uma incoerência em relação à higiene desmedicalizada. Será nesse momento que um movimento médico entrará em evidência, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro – criada em 1829 –, grupo mais representativo do novo estilo de medicina que passaria a lutar, de diversas maneiras, para se impor como guardião da saúde pública brasileira (Machado et al., 1978). A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro seria um movimento de inspiração francesa; contudo, não se trataria aqui da importação de um modelo, uma vez que esse movimento se deu em pauta e em condições estritamente articuladas ao caráter brasileiro da década de 20 do século XIX.

A recém-criada Sociedade de Medicina teria em pauta dois importantes distúrbios a serem tratados, mas não seriam distúrbios biológicos, e sim político e urbano. A Sociedade Médica se dizia capacitada e possuidora dos meios para alcançar uma sociedade embasada na ordem, na disciplina; se dizia também capaz de oferecer luz para sair do caos em que a sociedade brasileira se encontrava, justificando-se como medicina social. É dentro desse contexto que a Sociedade de Medicina irá estabelecer como seus objetivos fundamentais a realização de uma saúde pública e a defesa da ciência médica. Assim, esses objetivos fariam parte do projeto de realização de uma medicina social (Machado et al., 1978). Contudo, foi na Comissão de Salubridade Geral que a

Sociedade de Medicina melhor elaborou sua visão de medicina social, coordenando sua ofensiva de inauguração na realidade prática. A Sociedade então articulada:

Já em 1830 ela apresentava um relatório focalizando problemas de higiene e medicina legal, em que aborda a educação física das crianças, a extemporaneidade dos casamentos precoces, a falta de registros civis, a condenação dos sepultamentos dentro das igrejas, a carência de hospitais, *a necessidade de regular o funcionamento das boticas e dar melhor assistência aos loucos*, a falta de médicos verificadores de óbitos, construção de casas, estreiteza das ruas, necessidade de esgotos, calçamento, abastecimento de água, asseio das ruas, praças, praia, urgência de dessecação dos pântanos urbanos. [itálico nosso] (Machado et al., 1978, p. 188).

Esse documento funcionou como uma declaração de princípios e estabelecimento de um programa para o Brasil. Ele traçava o âmbito vasto da intervenção médica e desenvolvia o que já era proposto desde o começo século XIX, acrescentando o projeto de medicina legal e iniciando a série de protestos que iria denunciar a situação em que viviam os loucos na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e que estaria na base da criação “da psiquiatria brasileira”. O documento iria além, ele ainda fixaria os objetos a serem atingidos pela medicina na sua tarefa de vigilância e de controle dos espaços urbanos. Denunciaria ainda os lugares considerados de desordem, de amontoamento e de acúmulo, que deveriam ser vistos como portadores de perigo não só urbano, mas também médico e social. Proporia ainda a extinção ou a transformação disciplinar de tudo que poderia ser visto como obstáculo ao funcionamento ordenado da cidade (Machado et al., 1978). De fato, vimos que esse documento era amplamente ambicioso e tentava angariar um espaço cada vez maior da medicina dentro da sociedade. Como uma das primeiras medidas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro em resposta a esse documento, ela organiza em 1830 e promulga em 1832 seu Código de Posturas.

Vemos assim como a Sociedade de Medicina procura elaborar o saber da medicina social brasileira e intervir na realidade assessorando e criticando a execução das medidas de higiene que até 1850 estarão sob controle das Câmaras Municipais. Ela se constitui como grande organizadora da ofensiva da medicina na primeira metade do século XIX. (Machado et al., 1978, p. 190)

Eram dois os aspectos fundamentais de medicina social que a Sociedade de Medicina fazia valer e que, de alguma forma, já se encontravam explicitados: a higiene pública e a normalização da medicina, que, agora, passariam a receber sua formulação institucional. “Já estão longe os tempos em que a Fisicatura legitima a ação dos curandeiros ou interessados.” (Machado et al., 1978, p. 193). Agora, a Sociedade de Medicina luta para a normalização de seu saber e de sua política. Começa a normalizar o ensino e o exercício da medicina. São instituídas escolas públicas de medicina que estão sob o cuidado e a inspeção direta de autoridades comissionadas pela nação e à

custa dela. Assim, a Sociedade de Medicina estaria lutando pela legalização da medicina como a verdade da cura. E ela é aceita. A Sociedade de Medicina elabora em 1830 e 1831 o projeto da Faculdade de Medicina, que será discutido e aprovado pelo Parlamento. Os estatutos seriam uma cópia dos estatutos da Faculdade de Medicina de Paris e legislaria sobre três cursos: medicina, farmácia e obstetrícia. É, então, em 3 de outubro de 1832 que as Faculdades de Medicina são instituídas e passam a controlar o exercício e a prática da medicina que até 1850 estará sob seu domínio (Machado et al., 1978).

É importante afirmar que a situação atingida em 1850 não foi algo inteiramente novo ou esporádico, foi, contudo, o resultado de uma organização que lutou intensamente por seus objetivos, planejando-os e os conduzindo de forma consistente e articulada. Foi essa Sociedade que lançou a medicina na sociedade brasileira, ampliando o seu objeto e ao mesmo tempo restringindo o seu exercício a homens normalizados pelo seu poder. Fato que não é difícil ser visto até os dias atuais.

A medicina passa, então, a criar seus próprios espaços dentro do Brasil. Com a união de muitas pessoas em um mesmo espaço, faz-se necessário cuidados com esse local. Segundo Machado et al. (1978), há um esquadramento urbano que é projetado e executado pela medicina que se completa com a análise de espaços previamente específicos, que tem por finalidade alcançar algum objetivo social, que os médicos da época chamariam de grande estabelecimento.

#### **5.4 Os alienados: alvos de uma medicina do comportamento e a cientificidade brasileira em voga**

Na assistência médica aos alienados, poderemos ver como o projeto de uma sociedade higiênica que se pretendia saúde pública, é desenvolvido e ancorado em práticas políticas e médicas.

O que foi varias vezes dito com relação a outros países evidencia-se com mais forte razão no Brasil: a psiquiatria não é uma disciplina teórica e uma técnica terapêutica que sempre existiram. Um saber de tipo médico sobre a loucura que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de cura-la por um tratamento físico-moral só se constituem em determinado momento da história. Transformação da loucura em doença, fenômeno patológico, mas doença diferente, exigindo, por conseguinte, um tipo específico de medicina para trata-la, justamente a psiquiatria. (Machado et al., 1978, p. 375)

Dentro das ações de uma sociedade limpa e higiênica, após as deflagrações de médicos contra a situação do louco na SCM do Rio de Janeiro, é que em 1841, D. Pedro II irá determinar a criação de um hospício no Rio de Janeiro, destinado especificamente ao tratamento de alienados. Será,



assim, visto como o primeiro hospital de doentes mentais do Brasil, inaugurando nova fase da problemática da loucura e do louco no Brasil. Para Machado et al. (1978), esse é o marco institucional do nascimento da psiquiatria no Brasil. Porém, como o autor trata apenas da experiência do Rio de Janeiro, percebemos uma lacuna de informações de como se institucionalizou a psiquiatria nas outras regiões do Brasil. Visto a complexidade e peculiaridades de cada região do Brasil, percebe-se a importância de maiores estudos e esforços para tecer pontos em comum e desalinhavados da história da psiquiatria brasileira.

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto – característico da psiquiatria – de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, lexicalizável. (Machado et al., 1978, p. 376)

É com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que, em 1830, será lançada uma palavra de ordem em relação aos alienados: “aos loucos o hospício”. Essa palavra de ordem é referenciada pelo mesmo Relatório da Comissão de Salubridade (1828), que será o primeiro documento brasileiro a oficialmente tratar o louco como doente mental. Importante perceber que o mesmo grupo de pessoas, ou seja, o mesmo grupo de médicos que lança a bandeira de uma medicina social, também lança a bandeira da psiquiatria no Brasil. O fundamental aqui não seria a existência de dois objetivos correlatos e contemporâneos, mas a inclusão, como parte integrante e decorrente, do louco nas mesmas medidas de uma medicina social, sejam essas medidas simplesmente propostas ou de fato realizadas (Machado et al., 1978). A questão que intriga é que:

Durante toda essa época o hospício, principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparece como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar as instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que se começa a perceber como desviante, a partir dos critérios que a própria medicina social institui. (Machado et al., 1978, p. 377)

Nesse momento, principalmente os loucos pobres devem ser objeto de polícia e de higiene pública. Fato que desperta o medo e o furor social: “O louco faz seu aparecimento como um perigoso em potencial, e como atentado a moral pública, a caridade e a segurança. A loucura é perigo a ser evitado das ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimos.” (Machado et al., 1978, p. 377).

A ideia básica é que o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, no caso do Rio de Janeiro, onde os loucos eram internados antes do funcionamento do hospício, não oferecia condições para abrigar medicamentos e tão pouco para recuperar o louco. Tanto a repartição dos homens quanto a das

mulheres seriam insuficientes e impróprias. E, juntamente com o hospício, nasce a figura do psiquiatra, aquele que irá tomar as coisas conceitualmente. O psiquiatra não é uma autoridade policial que impõe sua autoridade por meio da força. “Para ele, o lugar do louco não é a rua, nem a prisão, mas o hospício. A loucura se trata, não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina.” (Machado et al., 1978, p. 379).

A tarefa do isolamento preventivo coube à medicina social. O louco passou a ser preventivamente isolado com o objetivo de reduzir o perigo por ele oferecido à sociedade e também com a intenção de impossibilitar o efeito destrutivo que sua doença caracterizava. É assim que nascerá no Brasil, em meados do século XIX, não uma psiquiatria preventiva, mas uma psiquiatria que é utilizada como instrumento da prevenção (Machado et al., 1978). Podemos ver, assim, o claro projeto dessa medicina social que nasce. O louco, agora visto como perigoso devido às consequências que sua doença pode causar, precisa ser alvo de um processo disciplinar, que tem seus limites impostos pelo psiquiatra e limitado pelo hospício.

É em meados do século XIX que a teorização da alienação mental irá ocorrer aqui no Brasil. Essa teorização irá ocorrer como resultado das primeiras<sup>27</sup> teses apresentadas nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia; esses primeiros trabalhos irão dizer sobre a alienação. Entretanto, essas formulações não iriam muito além de cópias de trabalhos e de manuais europeus, seriam poucos os trabalhos originais. O século XIX também irá marcar o momento em que a loucura, no Brasil, irá receber uma definição médica como alienação mental. Ela é integrada ao campo da medicina, de uma medicina nova, diferente. É a psiquiatria. Serão as obras de Esquirol<sup>28</sup> que marcarão esse momento. Elas exercerão forte influência em todos os trabalhos realizados pelos alunos das Faculdades de Medicina no Brasil sobre a alienação mental. Esquirol também exercerá forte influência por ter sido o grande marco teórico que referênciava o aparecimento do conceito médico de loucura e de suas diferentes ordens e relação aos fenômenos psíquicos envolvidos no termo alienação mental (Machado et al., 1978).

Ainda no século XIX, diversos tipos de terapêuticas serão inseridas no contexto brasileiro no que diz respeito ao tratamento da alienação mental. Será o uso de sangrias, de purgas, de banhos frios ou quentes, de defensivos, e de diversas outras modalidades. Aparecerá como essencial o tratamento físico da loucura, baseado nos autores tradicionais, tornando-se um tratamento moral. Como bem

---

<sup>27</sup> Segundo Magnani (2008), as primeiras teses seriam escritas por jovens médicos, quase todos provenientes da elite imperial, filhos de proprietários rurais ou da burguesia urbana recém-formada. Estes expressavam a influência do saber europeu por eles absorvidos em seus anos de estudo na Europa.

<sup>28</sup> Esquirol (1772-1840) foi precursor da psiquiatria moderna e deu continuidade à escola francesa iniciada por Philippe Pinel (1745-1826).

observado por Machado et al. (1978, p. 409), que dirá que “o tratamento físico é atravessado por uma preocupação corretiva da conduta: ele torna-se um tratamento moral indireto”. Aqui, questiona-se qual a relação entre essa “moral” que é imposta e essa “correção” da conduta. Estariam elas, assim como na experiência clássica da loucura, questionada por Foucault (2012), a serviço de uma moral laica? Acredita-se que o tratamento físico será imposto pelos meandros de uma política pública e de uma religião particular.

### **5.5 A instituição para os alienados: o hospício**

Desde 1830, data em que aparecem os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, propõe-se a criação de um hospício de alienados na cidade do Rio de Janeiro. A luta dos médicos representados pela Sociedade de Medicina, que propõem a criação do hospício como um instrumento terapêutico, não é um movimento isolado. Sua luta se articulou ao projeto de José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro no período 1838-1854. Essa ligação não se daria apenas ao nível da coincidência de objetivos e da trajetória que culminaria com a construção<sup>29</sup> do Hospício Pedro II. Após denúncias, manifestações e alianças, o resultado da campanha que envolveria o provedor da Santa Casa do Rio de Janeiro e os médicos do Rio de Janeiro resulta no decreto de 18 de julho de 1841, que cria o Hospício Pedro II. Ato que não seria único pela criação do hospício, ele também foi representativo por glorificar a maioria do imperador, que, assim, ficaria conhecido por ser um imperador que dava consolo aos desvalidos (Machado et al., 1978).

O ato de 1842 não foi isolado. A trajetória que culminou com esse decreto foi uma sucessão de sugestões aceitas que teriam sido muito bem encaminhadas e sancionadas pela instância máxima do governo imperial. Dessa forma, na fundação da psiquiatria, o hospício é concebido como o lugar digno para de exercício da ação terapêutica. O hospício é visto como um lócus privilegiado para o tratamento da loucura. Ele vai separar o louco das causas de sua loucura. Acredita-se que as suas causas estejam inscritas na sociedade e, assim como no modelo Europeu, são, principalmente, inscritas na família.

Em um primeiro momento, segundo Machado et al. (1978), por motivos táticos, o isolamento com relação à família seria, entretanto, prioritário para um tipo determinado de louco. As famílias

<sup>29</sup> O Hospício Pedro II foi construído dentro dos limites da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e também será por essa mesma instituição, durante muitos anos, gerido.

ricas não se tornariam obrigadas, por meio da lei, a internarem um de seus membros que estivesse louco. Já, no caso da família pobre e daquele louco que vaga pelas ruas sem ter para onde ir ou a quem recorrer, não haveria escapatória. Para esses dois tipos de loucos, não há possibilidade alguma que faça garantir a sua segurança, bem como o seu tratamento. Dessa maneira, o isolamento se faz como algo indispensável. A segunda justificativa para o internamento seria a resposta de que o isolamento é que possibilitaria a intervenção terapêutica. Assim, o isolamento se torna uma característica básica e regulada pelo regime médico e policial do Hospício Pedro II. Portanto, o tratamento vem em conjunto com o internamento. E é o hospício que passa a ser o responsável pela transformação do alienado, uma vez que:

Se todo tratamento deve ser asilar, o hospício, em si mesmo, deve realizar a transformação do alienado. É por isso que o isolamento não pode ser unicamente uma exclusão, uma segregação, um expurgo da vida social. Mas se complementa por uma organização do espaço interno e pela distribuição dos indivíduos de modo a que a vida do hospício se estabeleça de maneira ordenada e regular. (Machado et al., 1978, p. 432)

A vigilância passa a fazer parte da vida dos loucos internados. O louco se torna vigiado em todos os momentos e em todos os lugares nos quais está. Ele deve estar submetido a um olhar que é permanente.

O motivo é que “o tratamento é mais uma educação que uma medicação”, para usar os termos do primeiro relatório do Hospício de Pedro II. Se não há tempo específico de medicação é que, paradoxalmente, o hospício medicaliza a totalidade do tempo da vida dos indivíduos que estão a ele submetidos. (Machado et al., 1978, p. 440)

Outra normatização que irá imperar no Hospício é o trabalho. Assim, ele vai imperar no hospício e se materializará por meio de oficinas:

... de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados. Para os alienados “que não tem aptidão para tanto” se prescrevem jardinagem ou trabalho como servente nas obras, refeitórios, enfermarias, etc. E do mesmo modo que os alienados são premiados pela docilidade e obediência, também o são pela assiduidade e perfeição no trabalho, que é o principal meio de obtê-las. (Machado et al., 1978, p. 441)

Dessa forma, os alienados serão regidos por princípios que os cerquem de todas as maneiras. Serão os princípios do isolamento, da organização, do espaço terapêutico, da vigilância e da distribuição do tempo, atingindo a cada minuto de suas existências. Assim, a grande realização da psiquiatria no Brasil em meados do século XIX será a realização do hospício como um poder disciplinar. Ele contará com dispositivos específicos, pessoal especializado, população selecionada e arcabouço jurídico. O hospício e a psiquiatria no Brasil existiriam concomitantemente, como uma nova realidade institucional. Realidade essa que seria o resultado de uma luta médica que se

estabeleceu como presença normalizadora de uma medicina que mantém até os dias de hoje as características essenciais da sociedade em que vivemos (Machado et al., 1978).

A psiquiatria, portanto, não se constitui no Brasil como uma ideia, uma idealidade discursiva, um simples efeito ideológico: uma justificação ou legitimação que tem como objetivo ofuscar, mistificar, obscurecer os mecanismos de dominação de uma classe sobre outra. Sua ação é muito mais penetrante, eficaz e positiva.... Através da psiquiatria o médico penetra ainda mais profundamente na vida social, da às cartas em um jogo que passa a existir segundo regras por ele mesmo criadas. (Machado et al., 1978, p. 447)

Assim, a existência da doença mental pedirá um tratamento moral. Procede, então, que a intervenção terapêutica da psiquiatria se torne menos uma medicação e mais uma educação. Nesse contexto, não haverá, em meados do século XIX, uma lei nacional que se volte para os alienados, que estabeleça um serviço de assistência que seja organizado pelo Estado e que possa fazer com que o Hospício Pedro II deixe de ser uma exceção (Machado et al., 1978). Contudo, a criação do Hospício Pedro II não foi esplêndida. Posteriormente, é explicitado o fracasso da psiquiatria como uma instância terapêutica dentro do hospício. Assim, o processo que irá criticar, dizer da insatisfação e criar propostas de reforma será uma constante na história da loucura como alienação mental.

Mas, colocando-se em oposição ao passado, dizem os médicos: a criação do Hospício de Pedro II foi importante por ser ele um espaço destinado aos loucos. Etapa histórica que, entretanto, deve ser seguida por uma outra: cabe a nos, médicos psiquiatras, criar o espaço terapêutico. (Machado et al., 1978, p. 453)

Mas o gosto do fracasso não nasce de um dia para outro. Embora a criação do Hospício Pedro II tenha significado uma vitória emblemática para os médicos daquela sociedade, durante os anos de existência dele, não serão os médicos os grandes responsáveis pelo caráter terapêutico dentro do Hospício. Presume-se, assim, que os médicos continuaram fora de uma estratégia que, anteriormente, havia sido criada por eles mesmos. Machado et al. (1978) descrevem a ação médica no interior do Hospício, em 1886, apontando que o estabelecimento abrigava 308 enfermos e uma equipe médica composta por cinco médicos, que não irá abranger suficientemente o número de internos e muito menos irá abarcar a especificidade de cada um. Os internos do hospício eram separados em apenas dois grupos, curáveis e incuráveis. Assim, segundo o autor:

Os alienados ficam entregues, na maior parte do tempo, as irmãs de caridade e aos enfermeiros, incapazes de uma observação judiciosa que esclareça o diagnóstico e oriente o tratamento. A presença médica junto ao louco é, pois, rarefeita, ocasional, meramente burocrática, não permitindo que hospício seja um lugar de conhecimento da loucura e de restabelecimento do doente mental. (Machado et al., 1978, p. 458)

Machado et al. (1978) dizem, com relação as impressões de Teixeira Brandão<sup>30</sup>, do monopólio de poder que se tornou o Hospício Pedro II:

Monopólio do poder e da informação por parte das religiosas, emprego da pura força física na relação com os alienados por parte dos enfermeiros, conluio entre religiosas e enfermeiros contra os médicos, eis o que caracterizou, aos olhos de Teixeira Brandão, o funcionamento do Hospício de Pedro II ate as proximidades da República. (Machado et al., 1978, p. 461-462)

Dessa maneira, as determinações externas impediam o desenvolvimento das necessidades terapêuticas e científicas. As obrigações religiosas desvirtuavam a própria lógica pela qual o hospício deveria seguir. Quando assume a direção do Hospício, Teixeira Brandão reduz muitas das atribuições das irmãs. Apenas em 1890, as irmãs se retiram do Hospício, sendo substituídas por enfermeiras leigas contratadas na Europa (Machado et al., 1978). “Se a moral laica é um argumento, a nova prática que se procura implantar é resultado de uma consideração política que ultrapassa as fronteiras do asilo e põe em confronto o poder de Estado e o poder clerical.” (Machado et al., 1978, p. 467).

Essa medida, para Teixeira Brandão, foi a vitória da moral laica, que se realizou pelas disposições do novo regulamento. Aqui, coloca-se em evidência um novo projeto, o de domínio da psiquiatria, que finalmente teria o louco como um legado médico-psiquiatra. É também colocado em evidência questões externas ao Hospício. Questões de ordem política e clericais, que, até então, se misturavam ao bel-prazer em diversas situações e instituições. Parece que, ao questionar a presença das irmãs de caridade dentro do Hospício e o direito de interferirem nas decisões nele tomadas, Teixeira Brandão tenta chamar atenção do governo para os perigos que poderiam emergir de um poder “reacionário”, transformando-os em meros instrumentos passivos.

Paradoxalmente, o hospício – que, em teoria, é por si mesmo instrumento terapêutico, lugar de correção da anormalidade – tornou-se, pelas condições de sua implantação no Brasil, uma aberração, um corpo anômalo, submetido a potencias estranhas que fizeram dele local secreto de repressão violenta, de ignorância e de vício, agravo e não alívio do mal físico e moral. (Machado et al., 1978, p. 469)

O Hospício é visto como deficiente em relação ao tratamento, sendo incapaz de gerar conhecimento e de se constituir como aparelho de extração e de produção de saber. É, então, no relatório de 1878, que o diretor pede a criação do cargo de interno, que poderia ser preenchido por estudantes dos últimos anos do curso de medicina; além de ser de utilidade para o Hospício, serviria também para aproximar a instituição e a Faculdade de Medicina, isto é, seus alunos. Mesmo assim,

---

<sup>30</sup> João Carlos Teixeira Brandão (1854- 1921) foi o primeiro médico aprovado em concurso para a especialidade de psiquiatria no Brasil, assumindo a Cátedra de Psiquiatria da Universidade do Brasil e, posteriormente, em 1886, a direção do Hospício Pedro II.

as críticas em relação à eficácia do hospício continuavam aos olhos de Teixeira Brandão. Para ele, o Hospício Pedro II não acompanhava os progressos que a ciência psiquiátrica vinha obtendo nos centros mais adiantados do restante do mundo (Machado et al., 1978, p. 471). Contudo, o Hospício Pedro II não recebia críticas apenas em relação aos serviços prestados por seu pessoal; ele recebia críticas também em relação ao todo amontoado de sua população. População selecionada sem critérios médicos, sujeitos advindos de toda sorte e abnegações por parcelas da sociedade.

A relação entre o Hospício de Pedro II e os loucos do Império é insuficiente qualitativa e quantitativamente: não só nele o tratamento não é o desejável, como também é pequeno para servir de referência obrigatória para todos que tem no louco um problema. O Hospício não pode disciplinar a percepção social do louco. (Machado et al., 1978, p. 475-476)

Contudo, o Hospício Pedro II se torna um amontoado de pessoas, de exclusões e de suas sobreposições. Lembra-nos as Grandes Casas de Internamento europeias. Não há uma eficiência no momento de acolher seus internos, nem no momento de tratá-los, muito menos no momento de libertá-los. É aí que o questionamento em relação aos diversos tipos de loucura começa a nascer no Brasil, bem como a solicitação de uma instituição para cada qual, e, enfim, uma lei que possa reconhecer o hospício e que regule a situação do louco dentro da sociedade.

A existência de população louca fora do hospício atesta a ineficácia da existência de uma instituição única com as características do Hospício de Pedro II, isto é, privada e fechada sobre si mesma: a autoridade pública não pode utilizar o Hospício para internar qualquer louco, tendo antes que passar pelas instâncias restritivas da Santa Casa; o Hospício não é legalmente reconhecido como o único local apropriado para internação. (Machado et al., 1978, p. 477)

Embora as críticas fossem para que houvesse uma medicalização da questão do louco, naquele momento, as críticas se dirigiam para um amadurecimento da psiquiatria no Brasil. Questões cruciais entravam em voga e começavam a ser discutidas e solicitadas. A admissão do louco se tornava uma questão fundamental. Por meio dela que seriam abordados problemas cruciais em relação aos loucos, tais como: o direito de sequestração, a questão do louco e de sua família, o louco a justiça, o louco e a psiquiatria e a questão do louco e o Estado. A década de 80 do século XIX é extremamente importante para modificar o estatuto da loucura no Brasil. João Carlos Teixeira Brandão iniciará uma série de denúncias, por meio de artigos em jornais, sobre a situação do louco no Hospício Pedro II. Assim, ele inicia uma estratégia política ampla, em que fica claro o projeto de que não pode haver uma medicalização do hospício sem que haja uma medicalização da sociedade (Machado et al., 1978).

Três questões em relações muito próximas ao louco são extremamente arbitrárias nesse período: a família, a administração do hospício e a justiça. São pontos básicos pelos quais circula a questão do louco no fim do século XIX. Será preciso uma modificação de postura.

Mas, para tal e necessária uma modificação: a psiquiatria deve se transformar em instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz; portanto, como sujeito a ser tratado e protegido. A condição para que isto possa ocorrer é, segundo Teixeira Brandão, o reconhecimento da psiquiatria e a definição da relação da família, da justiça, da administração e do hospício com o alienista e com o alienado: *a lei medicalizada pode resolver este problema*. [itálico nosso] (Machado et al., 1978, p. 482-483).

Dessa maneira, não basta dar ao louco um estatuto de incapaz. O louco deve ter sua vida regulada, como um indivíduo idôneo; ele não pode ser apenas incapaz, ou estar apenas sobre os cuidados de outrem. O louco deve receber seu estatuto social remediado a uma ideia de menoridade. Ser incapaz e dependente, essa era a realidade do louco.

Será com a Proclamação da República, em 1889, que o Hospício Pedro II é, definitivamente, separado<sup>31</sup> da Santa Casa de Misericórdia, e que a assistência médico-legal dos alienados irá se organizar. Contudo, para Teixeira Brandão, o problema médico só irá se resolver quando o hospício não for mais restritivo e, assim, puder começar um tratamento adequado. O próprio Teixeira Brandão irá deflagrar mais esforços para que haja a regulamentação e posterior medicalização dos alienados no país. É quando, em 1903, após ser eleito deputado, ele consegue no Congresso que haja a aprovação da lei dos alienados. Lei que, sobretudo, irá garantir ao psiquiatra ser a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecida (Machado et al., 1978). É com o Decreto n. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, que a República irá reorganizar e legislar sobre a assistência aos alienados no Brasil.

## 5.6 A loucura como uma questão de Estado

Com a lei de 1903, uma nova fase em relação à questão dos alienados no Brasil é inaugurada. Lei que garante a separação entre o Hospício Pedro II e a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Assim, é aberta uma série de debates na Câmara, no Senado e na imprensa, em que os

---

<sup>31</sup> O Hospício Pedro II não é fisicamente separado do território da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, mas será a sua administração separada da Provedoria da Santa Casa, passando o Estado a ser o responsável por sua administração, por meio da figura do psiquiatra e não mais de uma irmandade religiosa.



personagens envolvidos serão o Estado, a Santa Casa e a psiquiatria. Debates esses que irão influenciar definitivamente a psiquiatria brasileira.

... A psiquiatria, apontando seus inimigos como clericais e opositores das instituições republicanas e, portanto, do governo, tem uma posição clara: a estatização é legítima, o que pode ser historicamente provado; a intervenção do Estado é necessária, o que pode ser política e economicamente demonstrado. (Machado et al., 1978, p. 485)

A separação do Hospício da Santa Casa seria a comprovação de que uma moral laica estava sendo implantada no Estado, de modo que as instituições existentes não poderiam mais servir a “outro alguém” que não ao Estado. Dessa maneira, para Teixeira Brandão, requerer o direito do Hospício ao Estado era uma questão de fato e de direito. E, dessa maneira, ele tentaria provar que, se houve abusos em algum momento na história do Hospício, foi por culpa da Santa Casa de Misericórdia, de sua má administração. O fato é que, historicamente, se buscava provar a legitimidade do ato que separou o Hospício da Santa Casa; assim, a presença estatal será, de fato, politicamente defendida.

Segundo Teixeira Brandão, não se pode confiar a uma confraria atribuições como manter a segurança pública determinar os casos em que a defesa social exige o sacrifício da liberdade individual, regular a sucessão pela gestão dos bens dos alienados. A relação do Estado com os loucos tem um duplo aspecto: uma, que é de defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco; outra, que é de defesa do louco contra os abusos passíveis de serem praticados pela coletividade, em virtude da “incapacidade” de auto-gestão do louco, no que diz respeito a sua pessoa e bens. (Machado et al., 1978, p. 487)

Ainda quando tenta provar seu intuito de ter separado o Hospício da Santa Casa e de torná-lo uma empreitada medicalizada e estatal, Teixeira Brandão procura mostrar economicamente ao Estado as vantagens de uma boa gestão da loucura, já que o louco é também uma espécie de contribuinte social:

A questão que se coloca: são os alienados um ônus permanente e inalienável para o Estado? A resposta: a alienação mental tem maiores probabilidades de cura quanto mais cedo for tratada. A demência, muitas vezes permite longevidade excepcional. É negligência econômica o Estado só acolher o alienado quando ele está incurável, elemento social que se perdeu, colaborador de menos para o engrandecimento e prosperidade da riqueza pública. (Machado et al., 1978, p. 488)

Dessa forma, o louco passa a ser visto no Brasil como um contribuinte, e não apenas como um gasto. Provar a eficácia de um hospício medicalizado, seria provar a eficácia de uma gestão esclarecida e fora dos domínios religiosos. Assim, segundo Machado et al. (1978), mais uma vez na história da alienação mental no Brasil, a psiquiatria procuraria garantir a sua escalada, cercando-a. A psiquiatria passou a provar ao Estado que caberia a ele a posse e a administração do Hospício,

bem como a necessidade de sua intervenção para que fosse assegurada a proteção da sociedade e do louco.

O início da República iria aprofundar a questão em relação ao doente mental e radicalizá-la em torno do confronto entre a psiquiatria, que a cada vez tentaria se estabelecer mais fortemente na sociedade, e as resistências à medicalização, que naquele momento histórico são vistas como vindas de tudo que, não tendo qualificação médica, vem disputar o domínio do alienado. “Trata-se, basicamente, portanto, de denunciar, a arbitrariedade que caracteriza a reclusão do louco e a ela opor a cientificidade de uma gestão da vida do doente mental que leve em consideração a natureza específica de seu distúrbio.” (Machado et al., 1978, p. 489).

A questão do louco, na República, irá expor o franco jogo das relações entre o poder de sequestro e o poder de recuperação. Aqui, não se trata de legalizar a repressão, mas sim de transformar a legislação, tirando da própria lei a arbitrariedade. A questão fundamental será que tanto o poder de isolar, quanto o poder de sequestrar será legitimado técnica e cientificamente pela nascente psiquiatria. Dessa forma, a luta dos médicos pretendeu, sobretudo, medicalizar a legislação (Machado et al., 1978). A medicalização da lei não pode acontecer isoladamente. Medicalizar a lei, naquele momento, seria condição que incluiria também a normalização do hospício.

O discurso, psiquiátrico tem uma eficácia real, além de simbólica. E sua formulação é estratégica. Neste momento – em que nasce o ensino da psiquiatria, em que o hospício se articula com a formação de especialistas e surgem os primeiros psiquiatras que aliam sua importância teórica ao trabalho clínico e administrativo – ele parte de um corpo de médicos em direção ao Estado – com grande retardo inclusive com relação a constituição da medicina social brasileira e da psiquiatria europeia – propondo novas formas de administração estatal: suas vitórias mostram que a contribuição que traz à constituição de um novo Estado não é em nada desprezível. Provam-no a criação da Assistência Médico-Legal a Alienados, a estatização do hospício, a lei de 1903, etc. (Machado et al., 1978, p. 490)

Como centro da psiquiatria do século XX, o hospício terá em sua estatização uma conquista estratégica que é indispensável à tática de normalização social. O discurso psiquiátrico irá ganhar um limite próprio. Será por meio do próprio discurso psiquiátrico que:

... se repensam, a cada instante, as condições de possibilidade de implantação, na sociedade, de uma estratégia de normalização que deve fornecer um corpo concreto – no caso o corpo do louco enquanto indivíduo social reduzido a condição de doente mental – a ação do Estado. (Machado et al., 1978, p. 492)

Aqui se vê a ordem normativa que se concebe com o progresso da nação. Portanto, a ação da norma irá se desencadear a partir do momento em que ela se torna mais eficaz e mais íntima como resultado da articulação entre a medicina e o Estado.

## 6 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL MINEIRA: OS CAMINHOS DOS ALIENADOS

A história oficial da psiquiatria mineira foi iniciada com a Lei n. 290, de 16 de agosto de 1900, criando a “Assistência de Alienados”. A cidade de Barbacena, em 1903, foi designada para “sede do estabelecimento, por lá possuir o Estado um prédio que pode ser adaptado a esse mister”, e para o qual foi nomeado o Joaquim Antônio Dutra (1852-1943) para dirigir o estabelecimento (Moretzsohn, 1989). O autor afirma que a “assistência psiquiátrica”, nas principais cidades brasileiras, sempre coincidiu com a criação do hospital psiquiátrico, pelo qual as atividades se concretizavam. Ainda, segundo o Moretzsohn (1989), os diferentes “estágios” ou períodos históricos que têm caracterizado a evolução da psiquiatria, como os períodos “místico, medieval, orgânico, psicológico, etc.”, têm seus correspondentes na área hospitalar com suas “fases asilar, carcerária, hospício, hospitalar, ambulatorial” etc. (p. 7). Dessa maneira, podemos dizer que o autor corrobora uma “formalização” da assistência psiquiátrica no Brasil, em que o Estado é quem define o que deve ser feito, diante de critérios normalizantes e classificatórios. Em Minas Gerais, conforme nos mostra o autor, esses períodos podem ser assim definidos ou classificados:

1º período: “Antigo” – Anterior à criação da Assistência Psiquiátrica em Barbacena: 1903; 2º período: “Medieval” (Asilar) – Hospital Colônia de Barbacena: 1903; 3º período: “Renascentista” – (Hospitalar) – Instituto Raul Soares: 1922; 4º período: “Moderno” – (Casa de Saúde) – Casa de Saúde Santa Clara: 1937; 5º período: “Contemporâneo” – (Ambulatorial) – Introdução das drogas psicotrópicas e dos conceitos psicanalíticos: 1960 (Moretzsohn, 1989, p. 7).

Assim, vemos que Moretzsohn (1989) corrobora a questão que a psiquiatria em Minas Gerais nasceu quando houve uma intervenção do Estado no processo de disciplinarização da alienação mental, e que este se assemelhou à fase “Asilar”, chamada por Foucault (2012) de “experiência clássica da loucura”. Contudo, Moretzsohn (1989) não discorda que houve um período que antecedeu a estatização da loucura em Minas Gerais. Estatização essa questionada, uma vez que desde o século XIX, quando os loucos ainda eram enviados para as Santas Casas de Misericórdia de Minas Gerais, havia um reconhecimento e um envolvimento do Estado nessa assistência. O Estado participou como provedor de verbas e de auxílios a essas Santas Casas para o cuidado aos alienados. Entretanto, de acordo com autor, é sobre o primeiro período que estamos pesquisando – o “antigo” – anterior à criação da Assistência Psiquiátrica em Barbacena (1903).

Mas aqui surge uma dúvida. O que seria esse período “antigo”? Um período passado, que existiu que se foi sem deixar marcas, sem características específicas? Um período que foi ultrapassado? Um período marcado por falta de assistência pública? Das autoridades? A falta de recursos? Bem,

ao que tudo indica, seria a controversa entre a assistência privada (realizada pelas Santas Casas) e a assistência pública (dignificada pelo Estado laico). Como acabamos de mostrar, houve sim uma assistência estatal. Ora, não podemos concordar que essa assistência anterior a 1903 realizada em Minas Gerais seja totalmente privada e que não configurasse uma política de governo. Existem diversos indícios e fatos que comprovam que a assistência aos alienados em Minas Gerais, realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, embora privada, tinha suas subvenções do Estado e, de alguma forma, fazia parte dos projetos de uma assistência que, aqui, iremos chamar de “uma assistência regionalizada”.

Como resultado desta pesquisa, citamos a baixo o documento<sup>32</sup> enviado pelo presidente do Estado, que diz sobre a destinação de verbas e dá recomendações com relação à assistência aos alienados que se encontram nas Santas Casas de Misericórdia de São João del-Rei e na Santa Casa de Caridade de Diamantina. É a Lei de n. 50, de 30 de junho de 1893, conforme consta abaixo:

art. 1: Fica o presidente do estado autorizado a auxiliar com cinqüenta conto de reis, pela verba – *Saúde Pública* – a administração de cada um dos alienados de São João del Rei e Diamantina, a fim de dar maior capacidade aos respectivos edifícios e melhorar sua mobília.

art. 2: A cada um desses hospícios, concluídos as obras de que trata o precedente, prestará o governo do Estado a anuidade de quinze contos de reis para auxílio da manutenção e tratamento dos enfermos que acolher.

Parágrafo 1: Para que ser realize este auxílio a administração de cada um dos hospícios ficará obrigada a manter e tratar em cada um deles até quarenta alienados, admitidos por indicação do governo do Estado.  
(Minas Geraes, 1893 citado por Magro Filho, 1992, p. 20-21)

Podemos ver, conforme a citação anterior, que nesse período “antigo” já havia uma preocupação com relação à assistência aos alienados existentes em Minas Gerais, assim como o reconhecimento das estruturas de São João del-Rei e Diamantina como “hospícios” atuantes. São perceptíveis as prerrogativas do Estado em relação à estrutura física e espacial, o que se pode perceber na destinação de verbas para mobílias e estrutura dos edifícios. Também é citado o auxílio para o “tratamento” dos enfermos acolhidos. Por fim, há, ainda, uma “normalização do Estado” sobre o seu funcionamento. É importante salientar que essa citação já consta do fim do século XIX, quando já havia uma estrutura montada e ativa em Minas Gerais em relação à assistência aos alienados. Essa estrutura se encontrava na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e no Hospício da Diamantina. Sim, Hospício da Diamantina, Minas Gerais chegou a ter um Hospício, construído e embasado nas premissas europeias atuais daquela época, no intuito de melhor assistir o louco, e que

---

<sup>32</sup> A maior parte das Leis citadas no presente trabalho são encontradas no site da Câmara dos Deputados, inclusive as Leis do Período Colonial; contudo, a Lei n. 50, de 30 de junho de 1893, não é encontrada neste site. Encontrou-se apenas uma referência a ela, no seguinte site: <http://www.lexml.gov.br/urn:urn:lex:br:minas.gerais:estadual:lei:1893-06-30;50>.

foi dirigido e administrado pela Santa Casa de Caridade de Diamantina. Vamos entender melhor como se deu essa história em Minas Gerais, após termos falado da história da criação das Santas Casas de Misericórdia e percorrido a história da assistência aos alienados no Brasil, também no século XIX, que, por vez, é embasada apenas na história de assistência dos alienados do Rio de Janeiro.

### **6.1 A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e seu contexto**

Para nos referirmos à Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei nesta seção, iremos nos basear no livro *História da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei (1783-1983)*, de Luís de Melo Alvarenga (1902-1989), e na descrição e análise de alguns dos documentos encontrados no acervo dessa Santa Casa. Luís de Melo Alvarenga era farmacêutico e historiador, foi também provedor da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei de 1945 a 1950. Seu livro foi escrito com base nos documentos históricos da SCM de São João del-Rei e em sua experiência como provedor e membro da Mesa-Administrativa; sua pesquisa durou mais de uma década. A redação final do livro foi concluída em 1986, ano em que foi entregue ao Secretário da Cultura de Minas Gerais, Jota Dangelo, por Alvarenga. A impressão do livro seria patrocinada pela Imprensa Oficial de Minas Gerais; contudo, devido à demora nos trâmites e ao esquecimento dos arquivos originais, o livro não chegou a ser impresso e perdeu seu patrocínio. O conteúdo, então, foi conservado por Jota Dangelo durante alguns anos, quando foi novamente organizado por André G. Dangelo e Aluízio J. Viegas e, finalmente publicado<sup>33</sup> no ano de 2009 por meio de um novo patrocínio do Instituto BDMG Cultural, tendo Jota Dangelo como diretor-presidente.

De acordo com Alvarenga (2009), a administração municipal de São João del-Rei teria sempre zelado pela assistência aos enfermos pobres e desamparados daquela cidade, desde os tempos mais remotos. Para isso, a administração teria realizado diversas representações ao rei, pedindo sua autorização para contratar médico-cirurgião de partido e boticário, por meio das rendas do Senado da Câmara. Segundo o autor, o médico de partido mais antigo de que se tem notícia em SJDR é o

---

<sup>33</sup> Na ocasião da publicação do livro, Luís de Melo Alvarenga já havia falecido. Acreditamos que o esforço dos sujeitos citados para que esse livro, considerado um documento histórico, chegasse às mãos da população foi um ato público valioso para a manutenção de nossa história local. Mesmo tendo acesso ao acervo da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, esse livro se tornou indispensável para o trabalho metodológico e para a análise e compreensão dos resultados desta pesquisa. Embora no livro tenha sido mantida as técnicas de escrita utilizadas pelo autor, seu conteúdo é riquíssimo.

físico Joseph de Almeida Corrêa, que, em 1718, pediu à Câmara Municipal para que lhe fosse autorizado assistir a população daquela Vila, como já era de costume em Portugal. Posteriormente, foi baixada pelo imperador uma resolução realizada pela Câmara da Vila que autorizava utilizar trezentos mil réis para pagar médico, cirurgião e botica, para que eles pudessem assistir os pobres presos da cadeia e demais mendigos da Vila, além de fazer curativos e fornecer os remédios necessários. Essa resolução consta da data de 19 de agosto de 1768, mas só entraria em vigor alguns anos depois, a partir daí, a Câmara era responsável por contratar, anualmente, médico e farmacêutico.

O fato é que alguns cuidados médicos já eram prestados na cidade de São João del-Rei mesmo antes de haver uma instituição para devidos fins. Era a Câmara Municipal a responsável por esse custeio. Contudo, havia a Irmandade de São Miguel e Almas, que foi instituída canonicamente no dia 02 de junho do ano de 1716 e teve, por alguns anos, a meta de atender aos doentes pobres e indigentes que se encontravam na Vila de SJDR; ela também contratava licenciados e boticários para o atendimento aos mais carentes (Alvarenga, 2009). Percebe-se, aqui, que, embora o ofício de médico fosse escasso nesse período, a Vila de São João del-Rei estava à frente de muitas outras localidades da Colônia.

Já no fim do século XVIII, em princípios do ano de 1783, Manoel de Jesus Fortes teria pedido ao Senado da Câmara autorização para curar enfermos pobres. Entretanto, por causa dessa concessão, Manuel da Costa Brandão, licenciado para realizar cuidados médicos, entrou com um recurso contra a Câmara, ao entender que, sendo ele o cirurgião de partido, legalmente autorizado de acordo com o termo assinado a oito de fevereiro de 1783, teria o direito de exclusividade aos respectivos trabalhos. Contudo, os dois exerceram comcomitantemente tal tarefa (Alvarenga, 2009).

Foi diante desses cuidados iniciais em relação à saúde na Vila de São João del-Rei que se deu o início da história da Santa Casa de Misericórdia na Vila. Após angariar os recursos necessários, Manoel de Jesus Fortes se ocupou de comprar uma propriedade onde pudesse construir um espaço indispensável para o funcionamento de um hospital. O primeiro prédio teria tido trinta leitos, no qual as enfermarias para homens e mulheres eram separadas. Foi no início do ano 1783, mesmo mês de início da obra da Santa Casa, que Manoel construiu uma Ermida<sup>34</sup> sob a invocação de São João de Deus. O termo de aprovação da capela foi aceito no dia 06 de janeiro de 1784; todo o seu processo foi registrado na cidade de Mariana (MG) no dia 03 de janeiro de 1784 e no Registro Geral de São João del-Rei no dia 26 de janeiro do mesmo ano. Após essa proeza realizada em São João del-Rei, presume-se que Manoel de Jesus Fortes tenha permanecido por pouco mais de seis anos

---

<sup>34</sup> Ermida é uma pequena igreja ou capela construída em lugares específicos e/ou em regiões afastadas.

como diretor-fundador na Santa Casa, uma vez que já em 1790, ele se encontrava no Tejuco (atual Dimantina), onde fundou, dessa vez, a Santa Casa da Caridade daquele Distrito (Alvarenga, 2009).

No momento de sua criação, em 1783, a Santa Casa de São João del-Rei havia sido criada com o nome de Casa de Caridade. Posterior a isso, vários pedidos foram realizados ao rei para que aprovasse a Casa como Misericórdia, essa aprovação só se deu no ano de 1816. A Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei foi reconhecida pelo alvará de 31 de outubro de 1816, que, por vez, outorgou-lhe o Compromisso de Lisboa, sendo aprovado pelos irmãos da Mesa em 21 de janeiro de 1817 e tendo como padroados Nossa Senhora das Dores, São José e São João de Deus. A provisão régia mudou o nome da Casa de Caridade para Santa Casa da Misericórdia; e tendo dito o rei: “Hei por bem Confirmar a dita Santa Casa da Misericórdia, e Tomá-la debaixo de Minha Proteção Real” (Alvarenga, 2009, p. 36).

Alvarenga acreditava que da fundação em 1783 até o ano de 1789, o administrador da Casa tenha sido o seu próprio fundador, o ermitão Manuel de Jesus Fortes. Há uma falta de informação no que se refere à administração até o ano de 1817, data que, até 1841, a administração da Santa Casa teria ficada a cargo do mordomo-mor, função que tinha como obrigação a inspeção sobre os enfermeiros e sobre as enfermeiras. Em 1842, foi criado o cargo de administrador-geral; com a vinda das irmãs de caridade, a Mesa-Administrativa extinguiu o cargo de administrador-geral no ano de 1889, passando a administração à responsabilidade das irmãs. O cargo de administrador-geral só voltaria a ser criado em meados do século XX, ainda com as irmãs de caridade na Casa (Alvarenga, 2009). A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, até o ano de 1819, só aceitava doentes para serem internados quando estes fossem pobres e/ou indigentes, uma vez que o desejo de seu benfeitor era recolhê-los e tratá-los gratuitamente; é assim que o fundador Manuel de Jesus Fortes se expressa em relação a razão de ter fundado a Casa de Caridade:

... informado que muitas pessoas pobres da mesma Vila e Comarca tinham falecido à necessidade por não haver huma Casa de Caridade onde se podessem recolher para serem assestidos de medico, cirurgião e botica, e ao mesmo tempo de alimento necessário, e de enfermeiros para os tratarem ... (Alvarenga, 2009, p. 41)

Contudo, após o aumento das despesas ter se elevado em relação ao que a Santa Casa poderia se ocupar, no dia de 02 de agosto do ano de 1819, em reunião da Mesa da Santa Casa, teria ficado resolvido que daquela data em diante só seriam aceitos doentes pensionistas, para ajudar na manutenção dos doentes pobres. Os doentes pensionistas seriam aceitos à razão de 320 ou 360 réis por dia, caso o tratamento fosse mais complexo. No ano seguinte, no dia 08 de setembro de 1820, a Mesa-Administrativa discutiu a conformidade de ter sua própria farmácia e, assim, poder vender

seus próprios remédios ao povo, atitude que poderia também ajudar no aumento da receita da Santa Casa (Alvarenga, 2009).

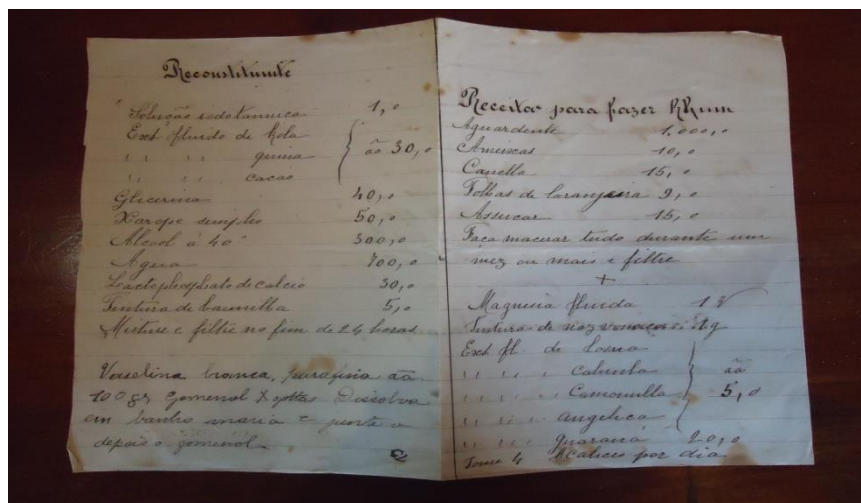


FIGURA 1- Exemplo de uma receita da Botica da Santa Casa  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA, 2013.

## 6.2 O regimento interno da Santa Casa

A Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei, depois de sua nova denominação, teve aprovado o primeiro regimento interno, no dia 23 de julho de 1826. Este teria sido elaborado pelo provedor interino Batista Caetano de Almeida. Segundo Alvarenga (2009), era um trabalho primoroso para a época em que foi elaborado e deveria ter sido um dos mais adiantados. A estrutura do regimento interno contava com 25 títulos e 252 artigos, sendo que os nove primeiros títulos tratavam sobre a administração, que, por sua vez, dizia da composição da Mesa-Administrativa e das atribuições de cada um de seus membros, que eram treze, conforme o estatuto original de Lisboa. Contando com um total de 43 artigos, o décimo título é a respeito do hospital e de suas divisões. O décimo primeiro, décimo segundo e décimo terceiro títulos são sobre os móveis, as roupas e aos utensílios da Casa; além de tratar da polícia e do asseio do hospital, tratava também da quantidade de empregados e das atribuições de cada um, somando um total de 33 artigos. O décimo quarto título é em relação os encargos do capelão e de suas atribuições na Santa Casa, com um total de quatro artigos. O décimo quinto, décimo sexto e décimo sétimo artigos tratam dos médicos-cirurgiões e dos ajudantes do cirurgião, com 50 artigos. O décimo oitavo título é acerca do enfermeiro, com 30 artigos; o décimo nono título é a respeito da enfermaria, com 4 artigos. O



vigésimo título se refere ao boticário, constando um total de 21 artigos, entre eles, um em que o boticário teria a obrigação de mandar plantar e cultivar no quintal da Santa Casa as plantas medicinais capazes de vegetar na região. O vigésimo primeiro título dizia respeito ao sacristão, com 15 artigos. O vigésimo segundo título é em relação ao escrivão do Hospital, com 20 artigos. Finalmente, os títulos 23, 24 e 25 têm 32 artigos, ao todo, sobre cuidados dispensados à cozinha, à lavanderia e às dietas dos internos, respectivamente.

É possível perceber a preocupação da Mesa-Administrativa em manter um médico que pudesse atender as demandas da Santa Casa. Pelos documentos citados por Alvarenga (2009), percebe-se uma infinidade de contratos e acertos entre a Mesa-Administrativa e diversos médicos com autorização para exercer a profissão. Nos documentos, havia, inclusive, o contrato de médicos estrangeiros, que, por muitas vezes, pareciam implantar cuidados que estariam à frente de al. Estados do país e auxiliar a Santa Casa com recursos e/ou instrumentos, como no dia 4 de novembro de 1825, quando o professor e cirurgião Antônio Felisberto da Costa teria oferecido ao Hospital uma caixa de instrumentos cirúrgicos, material escasso e pouco acessível para a época; outro exemplo, foi quando a Mesa-Administrativa contratou os serviços do médico inglês Jorge Such<sup>35</sup>. Este era cirurgião de banco (uma especialidade da época); Such realizava aplicações da vacina contra a varíola, com vírus que era recebido, por ele, diretamente de Londres. A Câmara Municipal mantinha um contrato com Such para que ele aplicasse a vacina por sua conta. Isso, segundo Alvarenga (2009), representava um verdadeiro pioneirismo na época, pois havia apenas trinta anos da descoberta da vacina por Edward Jenner. A Santa Casa teve também como contratado o médico Gabriel André Maria de Ploesquellec, formado pela Universidade de Paris, seu contrato consta do ano de 1829.

Como a Santa Casa também contou com serviços farmacêuticos, supõe-se que os boticários, como eram conhecidos, teriam trabalhado para a Santa Casa desde que ela começou a funcionar. Da mesma forma que a Irmandade de São Miguel e Almas contratava médicos, ela também contratava boticário para atender aos pobres. Já que fazia às vezes da Misericórdia, a Casa da Caridade, possivelmente deve ter tido seus boticários, e, talvez, tenha sido, no princípio, os mesmos contratados pelo Senado da Câmara. Posteriormente, a Santa Casa passou a contar com seu próprio boticário. Contudo, em 7 de março de 1832, a Mesa resolveu que não mais venderia medicamentos ao público e que iria conservar unicamente as drogas e os remédios que fossem necessários ao hospital; sendo assim, o farmacêutico foi dispensado. A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei também teve sobre sua responsabilidade a criação de expostos a partir da data de 1 de julho

---

<sup>35</sup> A contratação do médico inglês se deu, possivelmente, no ano de 1826. No ano de 1828, ele pediu demissão, oferecendo-se para prestar serviços gratuitos, quando necessário, pois teria se retirado para se dedicar à mineração.

de 1832. A Santa Casa autorizou a construção da Roda de Expostos depois que a Câmara Municipal enviou-lhe a lista dos expostos. A Santa Casa teve ainda sobre sua responsabilidade alguns encargos extraordinários, como a execução da pena de morte a doze réus, conforme um comunicado do juiz Municipal, para o mês de dezembro do ano de 1833 (Alvarenga, 2009).

A FIG. 2 é uma cópia da antecapa de abertura do livro de registro de expostos, criada em 12 de julho de 1832. O livro é assinado pelo provedor Martiniano Severo de Barros, após a assinatura de um acordo feito com a Câmara Municipal da cidade de São João del-Rei. A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei parece ter sido a única Santa Casa em Minas a ter uma Roda de Expostos no período.

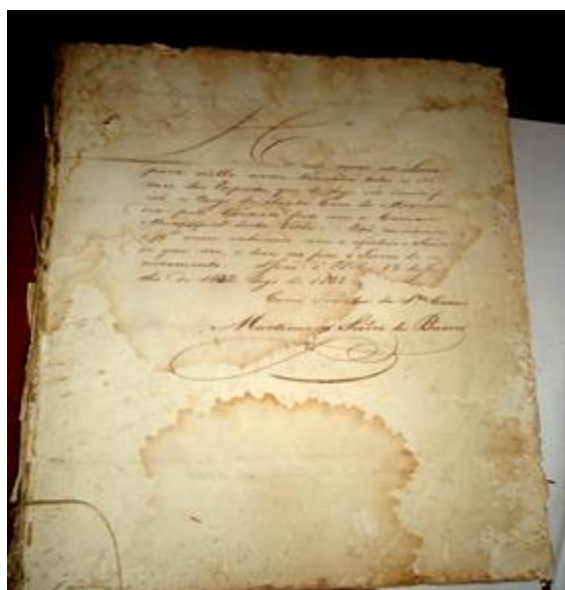


FIGURA 2 – Foto da ante-capa de abertura do livro de registro de expostos  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA.

Em relação aos enfermeiros da Santa Casa, de acordo com Alvarenga (2009), o próprio fundador, Manuel de Jesus Fortes, foi quem teria, primeiramente, exercido a “profissão” de enfermeiro, pois, quando terminada a construção da Casa, chegou a pedir autorização ao Senado da Câmara para curar os enfermos pobres na Casa da Caridade, que havia sido fundada em janeiro de 1783. Após a reunião da primeira Mesa-Administrativa, em janeiro de 1817, foram nomeados o capelão, o médico e uma enfermeira. O médico contratado foi o Capitão Antônio Felisberto da Costa, que seria responsável por tomar conta não só dos doentes como dos remédios e da butica, além de tudo o que fosse relativo aos enfermos. A primeira enfermeira contratada foi Joana Rosa da Fonseca, com um ordenado anual de cinquenta mil réis. Esta teria como obrigação o controle do regime interno das escravas, sendo responsável por colocá-las para trabalhar no serviço da Casa.

Posteriormente, no dia 10 de março de 1817, foi contratado como enfermeiro Joaquim Antônio Martins, que teria as mesmas atribuições da enfermeira em relação aos escravos. Contudo, seu ordenado era maior do que da enfermeira, oitenta mil réis anuais.

As Irmãs de Caridade apenas chegaram em São João del-Rei no dia 26 de agosto de 1889; no dia 1 de setembro do mesmo ano, teriam sido empossadas, na pessoa da superiora irmã Matilde Matricon, na Administração interna do hospital e recolhimento. Com a posse das irmãs, ficava exonerado do cargo de administrador Isidoro Apolinário de Almeida e sua mulher, que ocupava o cargo de enfermeira (Alvarenga, 2009). A Vila de São João del-Rei, no século XIX, tinha grande projeção local, chegou a receber a visita do imperador Dom Pedro II, que assinou o livro de visitas ilustres da Santa Casa, livro este que foi inaugurado por ocasião de sua visita em 24 de abril do ano de 1881. Após a visita do imperador, duas loterias foram por ele concedidas a Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei, as quais seriam extraídas no Rio de Janeiro com o objetivo de angariar recursos à Santa Casa. Em decorrência dessa concessão, o imperador recebeu o título de protetor da instituição. Alvarenga (2009) cita ainda em seu trabalho diversos visitantes da Santa Casa e algumas impressões deles.

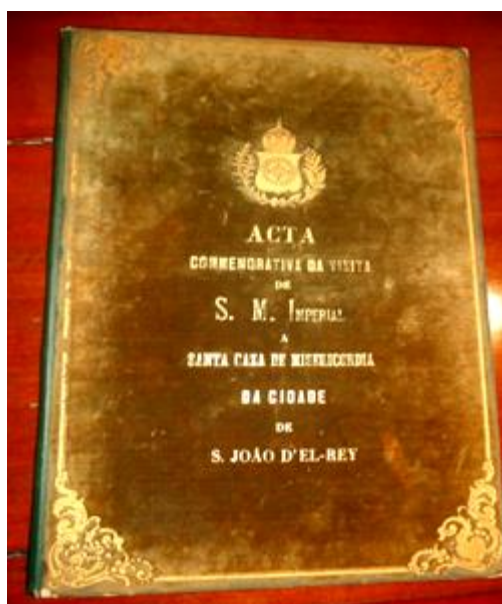


FIGURA 3 – Ata comemorativa da visita de D. Pedro II  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA.

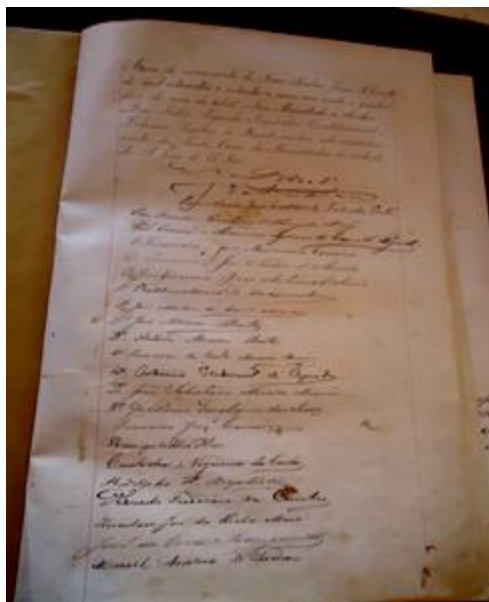


FIGURA 4 – Assinatura de Dom Pedro II e de sua comitiva em visita à Santa Casa  
 Fonte: ELABORADA PELA AUTORA.

No dia 21 de agosto de 1842, por exemplo, a Santa Casa teria recebido um ofício do coronel Manuel Antônio da Silva, comandante da 4ª Coluna do Exército Imperial, que esteve em operação na Província de Minas Gerais, agradecendo à Mesa-Administrativa pelo acolhimento e caridosa prestação aos oficiais e soldados enfermos de seu comando. Outros agradeciam, inclusive, o serviço prestado aos alienados, como é o caso de Richard F. Burton, em 1868, em seu texto *Viajens aos planaltos do Brasil – do Rio de Janeiro a Morro Vermelho*: “(...) Tem também anexos para loucos, para leprosos e para moléstias contagiosas.... A média dos doentes tratados por ano é de sessenta a setenta.” (Burton, 1868, n.d. citado por Alvarenga, 2009, p. 142).

Também há uma menção à Casa de José Antônio Rodrigues em seu texto *Apontamentos da população, topografia e notícias chronologias de São João del-Rei – Província de Minas Gerais – 1859*: “... A casa tem acomodações para os alienados, e mais distante um prédio especial para os morféticos. São tratados anualmente, termo médio, 240 enfermos, cuja mortalidade apenas sobe a 20 por cento, ou a uma quinta parte.” (Rodrigues, 1859, p. 16 citado por Alvarenga, 2009, p. 143).

E, no *Diário de viagem do imperador a Minas – 1881 – (Anuário do Museu Imperial) – Vol. XVIII*, a citação de Dom Pedro II:

Hospital – Não me desagradou, mas facilmente se podem ventilar melhor as enfermarias. Tem 76 doentes dos quais 30 loucos em parte distinta do edifício. É o único asilo para loucos da província. Pareceram-me estreitos os quartos e é preciso que fechadas as janelas não fiquem ao escuro. Há um terreno onde os loucos têm plantado. (Pedro II, 1881, n. d. citado por Alvarenga, 2009, p. 143-144)

Percebe-se nesta citação que o espaço destinado aos loucos era de fato isolado do restante do hospital da Santa Casa; além de que, o Imperador observa que os “quartos” eram estreitos e careciam de melhora no tamanho de suas janelas, para que a claridade pudesse entrar nos cômodos. Observa-se, ainda, o trabalho de plantação desenvolvido pelos loucos daquele hospício. E afirma ser “o único asilo para loucos da província”.

Em relação às pessoas que cuidavam dos alienados, não há dúvidas de que esse trabalho não tenha sido realizado desde o seu início, pelas irmãs de Caridade, como no Rio de Janeiro, uma vez que as irmãs de São Vicente de Paulo só vieram para a Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei, no ano de 1889; embora, segundo documentação encontrada, desde a década de 1840 a Mesa solicitasse a presença delas. A FIG. 5 é a cópia de uma carta do responsável pelo Colégio do Caraça, em 17 de janeiro de 1842, que responde a um pedido feito pelos mesários da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, para o envio de irmãs de caridade para ser diretoras do hospital da Santa Casa, tornando-se, assim, responsáveis pela administração do hospital. Na carta, diz-se que a demora no envio da resposta se deu pela espera de uma medida da superiora-geral das irmãs, que ficava em Paris. O pedido foi negado pela superiora porque não havia uma congregação de irmãs em SJDR. Por sua vez, o responsável pela carta diz que “Já que já que Deus não quer nos dar esta satisfação, devemos nos conformar com a sua S. S. Vontade”.

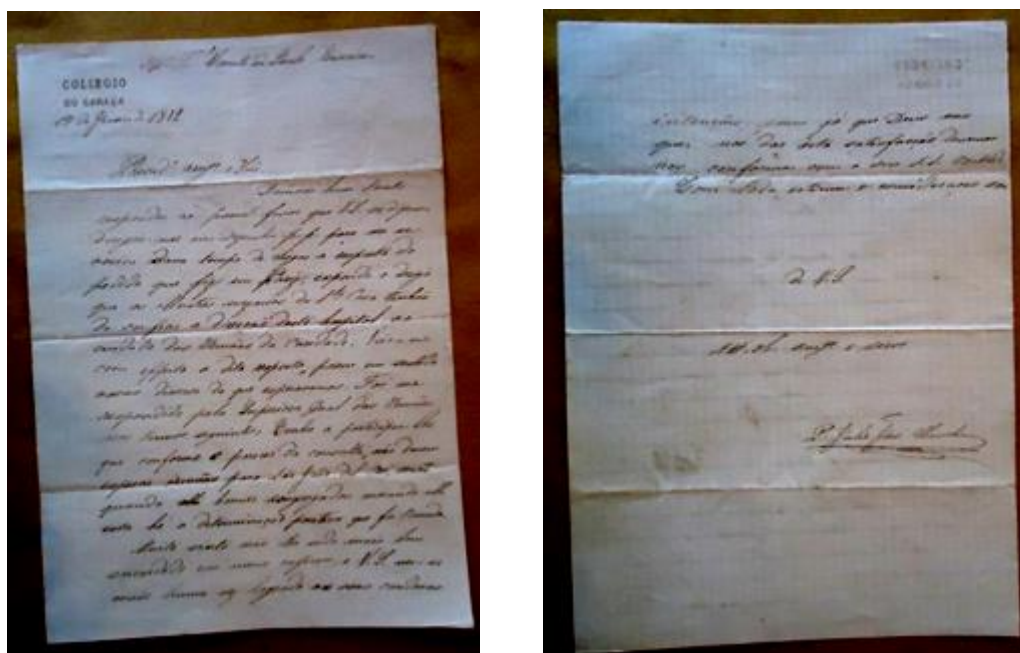


FIGURA 5 – carta do responsável pelo Colégio do Caraça  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA.

Em outras citações de seu livro, Alvarenga (2009) diz que o trabalho na Santa Casa era realizado pelos médicos, desde sempre figuras existentes na irmandade, e por enfermeiros ou enfermeiras, os quais eram responsáveis também por gerir o trabalho de escravos que eram posse da Santa Casa. Algumas vezes, os escravos eram “mão de obra” utilizada utilizada no cuidado aos alienados. A Santa Casa mantinha sob sua posse alguns escravos; outros eram deixados em tratamento por seus senhores, os quais muitas vezes acabavam não arcando com o tratamento; sendo assim, os escravos ficavam sob posse da Santa Casa.

### 6.3 Os alienados

No trabalho de Luis de Melo Alvarenga (2009), a relação da Santa Casa com a assistência aos alienados parece ser algo comum e de conhecimento de todos. Ele não cita tal assistência como algo comum. A citação com data mais antiga, em relação ao acolhimento de alienados, consta da data de 10 de março do ano de 1818, um ano após a aprovação Real da Santa Casa. A citação diz respeito a uma reunião da Mesa-Administrativa da Casa, em que diversos assuntos eram expostos; entre eles, o provedor expunha as necessidades do Hospital, de seu estado financeiro e do desenvolvimento que os diversos serviços iam tendo, chegando a propor que, antes de qualquer das obras projetadas, fosse construído um pavilhão de cirurgia, que teria parte do alojamento dos loucos aproveitada. Já Ronaldo Simões Coelho (2011), como relatamos na Introdução deste trabalho, cita que o primeiro louco teria sido internado na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei já no ano de 1817. Seja no ano de 1818 ou 1817, fato é que é possível presumir que o acolhimento aos alienados estava presente desde o início da criação da Casa, ou seja, os alienados já faziam parte do público-alvo desde os primeiros anos de existência da Misericórdia.

O médico Domingos José da Cunha teria sido contratado no dia 17 de janeiro de 1830, tendo ficado como médico-clínico da Santa Casa por muitos anos; em 6 de julho de 1862, ele teria tomado posse no cargo de cirurgião-mor. Já, em julho de 1877, a distribuição dos médicos na Santa Casa, era a seguinte: José Martins de Carvalho Mourão era responsável pela cirurgia, pelos lázaros e pelo recolhimento de expostos e Balbino Cândido Cunha, pela medicina geral e pelos alienados (Alvarenga, 2009).

No dia 17 de julho de 1831, seria enviada pela Mesa recém-eleita uma representação à Comissão de Visita. Essa representação exporia a situação da Santa Casa, inclusive, dando o balanço de

movimento no ano: 242 enfermos, incluindo entre eles, dementes e lázaros, dos quais 183 saíram, 20 faleceram e 39 teriam ficado em tratamento. No ano de 1838, como mostra a ata de 20 de agosto de 1837, a Santa Casa teria adquirido uma chácara vizinha a seu terreno para aumentar o espaço de seu estabelecimento, onde, logo a baixo, “Nova casa dos doidos mandaram construir em 1838”. (Alvarenga, 2009, p. 45). Já, na reunião de 17 de julho de 1838, a Mesa-Administrativa teria autorizado a construção da “Nova Casa, cômodo para os doidos, novos balandraus etc. e, também, comprar um ótimo estojo de cirurgia, pertencente ao dr. Zucchini, pelo preço de 150\$000 (cento e cinquenta mil réis).” (Alvarenga, 2009, p. 263). Como podemos ver, a forma de se referir aos alienados varia muito. Eram chamados ora de loucos, de doidos, de dementes, entret al.

Em 9 de julho de 1841, haveria outra referência em relação ao espaço dos doidos. Em reunião, a Mesa sentiu a necessidade de o hospital ter um isolamento, mandando contruir, no antigo local onde os doidos se recolhiam, um cômodo para tratamento dos “héticos e bobentos”. (Alvarenga, 2009, p. 289). Já, no dia 10 de outubro de 1855, a reunião da Mesa-Administrativa faz referência aos senhores de escravos, dizendo que eles deveriam pagar pelo tratamento de seus escravos, daquela data em diante, a quantia de um mil réis por dia, “além do aluguel de sanguessugas e algálias, que serão pagas em separado, quando delas precisarem, em que as operações cirúrgicas feitas pelos Professores do Hospital sejam também pagas a estes senhores.” (Alvarenga, 2009, p. 345). Conforme citamos anteriormente, muitas vezes os senhores levavam seus escravos doentes para a Santa Casa e não chegavam a pagar o tratamento, o que onerava as despesas do hospital. Dessa forma, a medida de pagamento de diárias foi iniciada, para que, assim, a Santa Casa não ficasse no prejuízo; além do que, os materiais utilizados no cuidado destes e as despesas em relação a cirurgias necessárias deveriam ainda ser acertados além do valor das diárias.

Em 13 de janeiro de 1862, teria ficado resolvido que o doente que fosse pensionista e que apresentasse fiador lhe seria exigido o depósito relativo a um mês de tratamento e, quando esse prazo esgotasse, seria exigido outro pagamento. Em relação aos alienados, estes deveriam realizar um depósito relativo a seis meses (Alvarenga, 2009). Vemos aqui um cuidado em relação ao pagamento das diárias dos enfermos do hospital. Exigia-se a apresentação de um fiador, no caso de um “doente comum”, ou o pagamento adiantado referente a um mês de tratamento. Já, no caso dos alienados, pensava-se que, por este ter um tratamento mais delongado, era exigido o pagamento adiantado referente a seis meses de internação. Somado-se a tudo isso, é possível dizer de uma sistemática no atendimento aos alienados em São João del-Rei e de uma organização no cuidado destes.

Na pesquisa do acervo da Santa Casa, encontramos alguns documentos que dizem sobre o recolhimento de alguns alienados, com detalhes como idade, naturalidade e diagnóstico, que parecia ser dado pelo enfermeiro de alienados. Abaixo do documento, constava a data em que o alienado teria saído da Santa Casa. Em todos os casos apresentados, o motivo de saída foi o próprio falecimento dos internos. Todos os documentos mantêm as mesmas especificações e formato de conteúdo. O tamanho é de, aproximadamente, metade de uma folha de papel A4, consta da data de recolhimento e de saída do paciente. Fato curioso é o termo utilizado no título do documento “Medicina” e o termo utilizado para descrever a entrada do paciente “recolhido”. Termo este que nos faz referência a questão do “sequestro do louco”, citado por Foucault (2012). Sequestro ou recolhimento, o que ambos termos significariam é uma questão que fica a ser explorada.

O primeiro documento, Fig. 6, diz da entrada de uma mulher – Maria Guilhermina – natural da Vila de Alfenas, com mais ou menos 30 anos; segundo o documento, foi recolhida para “se tratar de alienação mental”. Ela teria dado entrada na Santa Casa em 24 de fevereiro de 1840, inscrita pelo enfermeiro e “saiu” – faleceu – em 24 de junho do mesmo ano. Observa-se que o documento é assinado pelo Dr. Salatiel, provedor da Santa Casa na época.

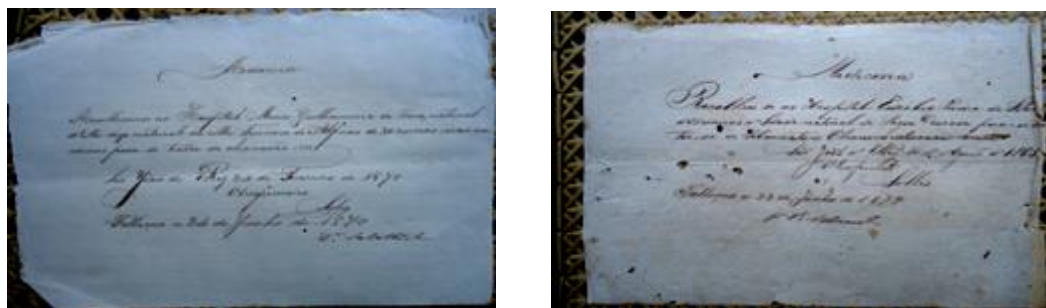


FIGURA 6 – Documento sobre a entrada de Maria Guilhermina  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA.

Já o segundo documento, FIG. 7, diz da entrada de um homem – Euzébio Pereira da Silva – natural de Lagoa Dourada, com 39 anos, para se tratar de reumatismo crônico e de “alienação mental”. Ele teria dado entrada na Santa Casa a 10 de agosto do ano de 1865, inscrita pelo enfermeiro Salles e “saiu” – faleceu – em 22 de junho de 1879. O documento é assinado pelo Dr. Salatiel, provedor da Santa Casa na época.



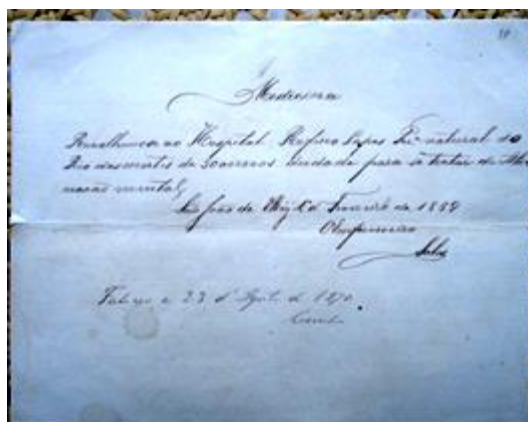


FIGURA 7 – Documento sobre a entrada de “Rufino Lopes”  
 Fonte: ELABORADA PELA AUTORA, 2013.

O documento da FIG. 7 diz da entrada de um homem cujo primeiro nome não é completamente legível, deduzindo-se que seja “Rufino Lopes”, natural de Rio das Mortes, com 50 anos de idade; ele teria entrado na Santa Casa em 1º de fevereiro de 1869 também “para se tratar de alienação mental”, tendo falecido em 23 de agosto de 1870. O documento da FIG. 8 diz do recolhimento de uma senhora cujo primeiro nome é ilegível, mas acreditamos ser Maria de Jesus, natural de Lagoa Dourada e maior de 40 anos de idade, também “para se tratar de alienação mental”. Ela teria entrado na Santa Casa em 21 de julho de 1871, tendo falecido em 9 de junho de 1872.

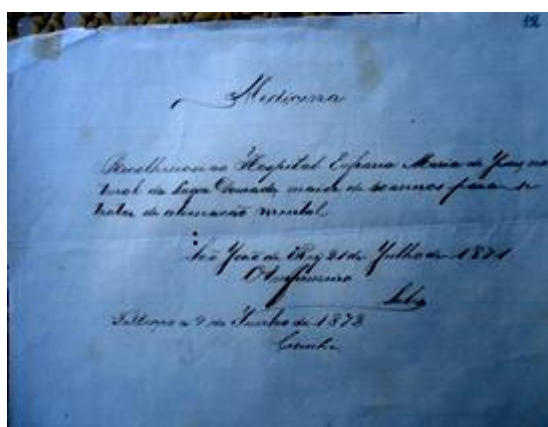


FIGURA 8 – Documento de entrada de “Maria de Jesus”  
 Fonte: ELABORADA PELA AUTORA, 2013.

A troca de cartas e ofícios entre o governo do Estado e a Mesa-Administrativa da Santa Casa era constante. Em julho de 1867, a Mesa-Administrativa teria enviado ofícios aos deputados da Assembleia Geral Francisco Augusto Pereira Lima, José Cezário de Faria e Alvim e Américo Lobo Leite Pereira, pedindo que cada um “tome debaixo de sua valiosa proteção, amparo e bem merecida influência estas humanitárias graças, para que sejam elas na Câmara dos Senhores Deputados

benignamente atendidas.” (Alvarenga, 2009, p. 294). O ofício versaria sobre um pedido documentado, enviado há um ano, à Câmara dos Deputados, requerendo a concessão de duas loterias, para que houvesse:

Mais e melhores cômodos dos infelizes alienados, morféticos e mais enfermos de moléstias contagiosas bem como a concessão perpétua da antiga Casa da Intendência e fundição de ouro, que existe nesta Cidade, para recolhimento, educação e amparo de suas infelizes expostas<sup>36</sup> abandonadas. (Alvarenga, 2009, p. 294)

Por meio do acesso aos documentos da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e da análise do livro de Alvarenga (2009), presume-se que havia a intenção de se construir um novo espaço para a edificação do hospício de alienados em São João del-Rei, em fins do século XIX. Embora esse prédio não tenha chegado a ser edificado, a estrutura existente era considerada um hospício. Consta na ata do dia 1 de julho de 1872, que o engenheiro Carlos Copsey teria apresentado um plano e o orçamento das obras projetadas para o aumento do hospício de alienados da Santa Casa. Já no ano seguinte, em 12 de julho de 1873, João Rodrigues de Melo, tesoureiro, foi autorizado a iniciar as obras de ampliação do hospital de alienados em consonância com a planta e orçamento, uma vez que o presidente da Província havia ordenado a entrega de dez contos de réis, divididos em prestações mensais de um conto de réis. Alguns meses depois, no dia 12 de novembro de 1873, em uma nova reunião da Mesa-Administrativa, ficou resolvido que haveria continuidade das obras do hospital de alienados, embora a Tesouraria Provincial não tivesse feito a entrega do conto de réis daquele mês. Contudo, um ano depois, em reunião da Mesa-Administrativa em 9 de agosto de 1874, Antônio Xavier da Silva, então provedor da Santa Casa, propôs adiantar o dinheiro para que as obras do hospital de alienados tivesse continuidade, até que o Governo Provincial retornasse a pagar as prestações (Alvarenga, 2009). Aqui é possível perceber que, embora o governo da Província de Minas Gerais houvesse liberado a verba para o hospital de alienados, ele não estava realizando os pagamentos; sendo assim, o provedor da Santa Casa resolveu manter por sua própria despesa a construção até que fossem regularizados os envios pelo governo.

Várias referências envolvendo alienados são encontradas nos documentos da Santa Casa, como o do dia 23 de agosto de 1876, que se refere ao pedido de um tutor de um alienado já falecido, oriundo de Piumhi, pedindo abatimento de sua dívida com a Santa Casa; assim, procede-se a resposta da Mesa-Administrativa:

Esta Santa Casa trata de graça e por caridade os pobres, e se fosse fazer o mesmo à aqueles que não o são, seria em prejuízo de terceiro, e desde que o finado deixou bens, por estes deve ser pago o tratamento. Não consta que o

---

<sup>36</sup> Quando se diz “expostas”, refere-se as crianças abandonadas na Roda de Expostos da Santa Casa de Misericórdia.

peticionário oficiasse à Mesa oferecendo a quantidade 50 mil réis anuais pelo tratamento de seu tutelado, apenas consta que veio este acompanhado de documentos que provam que o estado do mesmo não era indigente e a responsabilidade para com esta Santa Casa este dentro das forças de sua legítima, como se prova até dos próprios documentos. (Alvarenga, 2009, p. 322)

Assim como a citação acima se refere à atitude da Mesa-Administrativa em cobrar um pensionista já falecido a seu tutor, o documento abaixo é um termo de recolhimento de um alienado que foi recebido como pensionista em 21 de abril de 1841. O termo consta é de Francisco Silvério, responsável pelo alienado Antônio Francisco, de 54 anos, natural da cidade de Prados, recolhido na Santa Casa. O tutor se dispôs a pagar o tratamento de seu tutelado em dois meses. O termo é assinado pelo tutor e pelo provedor Domingos da Silva Alves.



FIGURA 9 – Termo de recolhimento de um alienado  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA.

Assuntos sobre os alienados eram constantes nas reuniões da Mesa-Administrativa, como em 30 de março de 1876, quando ficaria resolvido que as visitas aos enfermos só seriam realizadas no período entre 13h e 14h. Essa resolução teria sido tomada porque vinham sendo cometidos abusos durante as visitas e também porque eram muitos visitantes; nas palavras de Alvarenga (2009), “sem a menor educação e caridade procuraram divertir-se com os alienados, ora provocando-os ora dirigindo-lhes palavras ofensivas da modéstia.” (p. 230). Outra resolução tomada na mesma reunião foi a criação do lugar de segundo-médico, para que trate especialmente, “com cuidado e desvelo alienados que são em número elevado” e, também, dos expostos, e substitua, na cirurgia, ao médico-cirurgião do hospital (Alvarenga, 2009, p. 230). Aqui, podemos ver que a quantidade de

alienados na Santa Casa, embora não explicitada, era alta, a ponto de se requerer que as tarefas direcionadas ao médico responsável fossem divididas, criando-se o cargo de segundo-médico.

Na reunião do mês seguinte, em 28 de junho de 1876, a Mesa deliberou que fosse nomeado definitivamente para segundo-médico da Santa Casa Balbino Candido da Cunha, que já estava exercendo provisoriamente o referido cargo com um honorário de seiscentos mil réis por ano. Ele teria como tarefa tratar especialmente dos alienados e das internas no recolhimento das órfãs (Alvarenga, 2009).

Já no ano seguinte, em reunião do dia 17 de maio de 1877, foi criado o cargo de enfermeiro de alienados, já que o número de alienados havia crescido e os escravos eram poucos. Conforme Alvarenga (2009), eram os escravos que cuidavam dos doidos. O enfermeiro dos alienados ficaria responsável pelo encargo de “zelar do asseio dos xadrezes e tratamento dos mesmos doidos e tudo que fosse determinado pelo médico dos alienados.” (p. 252). O enfermeiro seria fiscalizado pelo administrador e, sempre que encontrasse alguma falta, deveria informar à Mesa ou ao enfermeiro-mor. Por sua vez, o primeiro-enfermeiro de alienados foi Januário de Azevedo Ramos, mediante a quantia de vinte mil réis mensais; este deveria dormir fora do estabelecimento da Santa Casa e entraria às 6h e sairia às 18h (Alvarenga, 2009). Ao passo que as informações vão sendo descritas, podemos ver como o serviço desenvolvido pela Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei aos alienados era articulado e ordenado. Inicialmente, propôs-se a criação do cargo de segundo-médico, posteriormente, a criação do cargo de enfermeiro de alienados; cargos específicos para que os alienados tivessem um cuidado e um serviço estritamente desenvolvido para eles. Ressalta-se ainda, a participação dos escravos presentes na Santa Casa, que seriam direcionados também ao cuidado dos alienados. A FIG. 10 é a cópia de uma folha de registro de pagamento dos empregados da Santa Casa, constando e comprovando a existência do cargo de enfermeiro dos alienados. A folha de pagamento é do dia 20 do mês de julho do ano de 1893, e é endereçada a então irmã superiora da Santa Casa, a irmã Matricón.



vizinhos. O fogo teria consumido as divisões de madeira e o teto. Mas não houve vítimas. Esse incêndio, pela forma como é colocado, parece ter sido provocado por uma enfermeira; não se sabe se foi intencionalmente ou por descuido. Mas comprova, mais uma vez, que os alienados na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei tinham o seu espaço reservado, distante do resto da Santa Casa e com uma construção específica; podemos perceber, inclusive, que parte dessa construção era feita por divisórias de madeiras.

Já, no dia 29 de setembro do ano de 1895, resolveu-se a aprovação da planta de construção do prédio onde funcionaria o Colégio N. S. das Dores. A planta foi levantada pelo engenheiro civil João Batista Maia de Lacerda, que, por intermédio do provedor, teria “caridosamente” oferecido à Mesa o seu trabalho. Ainda consta que o mesmo engenheiro ofereceu, anteriormente, a planta para construção do hospício de alienados, que teria sido aprovada pelo governo do Estado. O Colégio N. S. das Dores foi inaugurado no dia 6 de janeiro de 1898, prédio no qual as Irmãs de Caridade passariam a solicitar para o cuidado de moças jovens (Alvarenga, 2009). Fato esse extremamente relevante para a presente pesquisa, pois, quando consultado o acervo da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, encontramos um documento do Departamento de Obras da Província de Minas Gerais que liberava a verba para a construção do hospício de alienados em São João del-Rei.

Trata-se do documento enviado a 10 de julho do ano de 1873, que é uma carta da Diretoria-Geral de Obras Públicas da Província de Minas, sediada na cidade de Ouro Preto. O documento autoriza a fundação de um “Hospital de Alienados” em São João del-Rei. No mesmo documento, diz-se que a planta e o orçamento da obra estariam anexos à referida carta. Contudo, quando a encontramos no acervo da Santa Casa, encontramos apenas a carta, não localizando a planta nem o orçamento da obra.

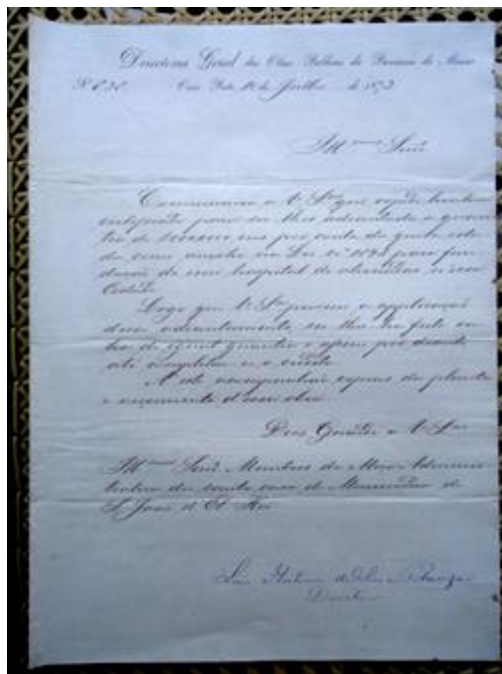


FIGURA 11 – Carta da Diretoria-Geral de Obras Públicas da Província de Minas Gerais  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA, 2013.

Uma fato novo e importante na história da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, data do dia 26 de agosto de 1889, quando chegaram a São João del-Rei as seis primeiras irmãs de caridade da Ordem de São Vicente de Paula e que teriam sido contratadas para se incumbirem da administração interna da Santa Casa da Misericórdia. As irmãs foram distribuídas em suas ocupações de acordo com os serviços da Santa Casa. A superiora seria a irmã Matilde Matricón, a irmã Luíza teria ficado responsável pela cozinha, a irmã Maria, pela enfermagem, a irmã Vicência, pelos alienados e pela sacristia, a irmã Filomena, pelo recolhimento e a irmã Josefa, pelo externato (Alvarenga, 2009). Como já vimos na FIG. figura 5, a carta recebida pela Santa Casa em 19 de janeiro do ano de 1842, recusava o envio de irmãs de caridade; porém, parece que, após longo período de solicitações, finalmente, no ano de 1889, o pedido foi atendido. A partir desse ano, todas as seções da Santa Casa foram administradas pelas irmãs de caridade. Ao contrário do que é conhecido em muitas Santas Casas de Misericórdia, como a do Rio de Janeiro, por exemplo, as irmãs de caridade só vieram a fazer parte da administração da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, no fim do século XIX, fato extremamente curioso e que aumenta ainda mais a impossibilidade de se generalizar o estudo de uma Santa Casa para todas as outras. Isso marca a singularidade com a qual as Santas Casas de Misericórdia que existiram no Brasil atuaram.

Já no início do século XX, consta que, no dia 02 de novembro de 1902, o governo de Minas Gerais teria proposto que a Santa Casa recebesse os alienados remetidos por ele, mediante uma diária de dois mil réis. O provedor teria sido autorizado pela Mesa-Administrativa a fechar acordo

com o governo (Alvarenga, 2009). Vemos aqui que, embora o Estado já participasse de algumas das despesas da Santa Casa, tendo, inclusive, delegado verbas para a instituição, houve nessa data, um novo acordo de assistência do Estado aos alienados da SCM.

Já no mês de maio de 1906, Paulo Parreria Horta teria pedido demissão da Santa Casa de seu cargo de médico para se ausentar da cidade; com a saída dele, foi escolhido como médico substituto José Moreira Bastos, que mais tarde foi efetivado; ele ficou com a assistência dos alienados e da clínica médica. No dia 4 de novembro de 1906, o escrivão deu conhecimento à Mesa que recebeu o saldo devedor do governo do Estado de Minas, em Belo Horizonte, referente aos anos de 1905 e 1906 (dezembro) e que, no primeiro dia de janeiro de 1907, estaria suspenso o auxílio, devendo, por isso, o governo mandar retirar os alienados que restam por sua requisição e conta (Alvarenga, 2009). Vemos que, com essa medida, teve fim o projeto de assistência aos alienados na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei no ano de 1907. A assistência aos alienados da Santa Casa, contava com essa importante subvenção estatal para dar continuidade ao tratamento dos alienados que eram enviados pelo Estado.

Em seguida, no dia 31 de março do mesmo ano de 1907, diante de uma série de propostas realizada na reunião administrativa, o mordomo João Batista de Paula Teixeira se referiu ao hospício: “que não se admitam mais doentes no hospício de alienados da Santa Casa, salvo mediante pensão” (Alvarenga, 2009, p. 233). Aqui, percebemos que o projeto que contava com o apoio do Estado foi eliminado, contudo, ainda existiria uma assistência aos loucos que tivessem com quem contar, alguém para arcar com seu custo dentro da Santa Casa.

Em 29 de junho de 1909, a comissão nomeada para redigir um regulamento do serviço médico do hospital apresentou seu trabalho para ser discutido. Lido o projeto, o irmão Herculano Veloso apresentou um substitutivo e pediu preferência para votação dele. Assim, a Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei adotava para o serviço clínico de seu estabelecimento o seguinte regulamento: “Parágrafo único – o serviço de cirúrgico de estabelecimento ficará a cargo de um dos efetivos designado pelo Provedor ficando a cargo do outro o serviço de alienados.” (Alvarenga, 2009, p. 274). Percebe-se que, ainda no ano de 1909, existia serviço direcionado para os loucos na Santa Casa de São João del-Rei.

A construção do atual prédio do Hospital da Santa Casa teria sido pensada em 1908, quando o provedor propôs à Mesa que se demolissem as enfermarias e, no lugar delas, fosse levantado um novo prédio. As obras teriam se iniciado um ano depois, em 1909, contudo, não foram melhorados nem consertados os cômodos para os alienados, já que o intuito era acabar com a seção de alienados da Santa Casa (Alvarenga, 2009). Porém, é imaginável que essa seção de alienados não tenha lugar



no novo prédio, uma vez que houve a supressão de verbas do Estado e, nesse ano de 1909, já estava em funcionamento o Hospício de Barbacena. Dessa forma, em 12 de dezembro do ano de 1909, ficou resolvido que não seria feito nenhum conserto nos cubículos para os alienados e, assim, teria terminado a história dos alienados na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei.

Na história da assistência aos alienados de Minas Gerais, a Santa Casa de São João del-Rei, parece ter uma prevalência em atendimento e organização. Nota-se, ainda, uma vasta nomenclatura para se referir aos loucos e a tudo o que era referente a eles, a saber: loucos, doidos, dementes, médico dos alienados, enfermeiro de alienados, escárnio aos alienados, encarregados dos alienados, ala dos alienados, divisões de madeira, cubículos para os alienados. Acredita-se que essas nomenclaturas condizem com toda a especificidade e envolvimento do acolhimento aos alienados naquela instituição.

#### **6.4 A Santa Casa de Caridade de Diamantina – O Hospício da Diamantina**

Começamos por nos referir ao antigo casarão na Rua da Caridade em Diamantina, onde teria sido o primeiro hospício de Minas Gerais, ainda no final do século XIX, e que não consta na história da psiquiatria: “... o sobradão, em estilo neoclássico, que insiste em manter-se de pé, foi nada menos que o primeiro hospício de Minas Gerais, funcionando de 1889 a 1906, recebendo os ‘loucos’ de toda a região de Diamantina e de lugares mais distantes.” (Pimenta, 2008, p. 11).



FIGURA 12 – Foto do edifício (Hospício da Diamantina) antes da reforma  
Fonte: ACERVO DA SANTA CASA DE CARIDADE DE DIAMANTINA, Ano 2010.



FIGURA 13 – Foto do edifício (Hospício da Diamantina) depois da reforma  
Fonte: ELABORADA PELA AUTORA, 2013.

O prédio do Hospício da Diamantina é imponente e cheio de significações históricas e pessoais. Ficou, desde a sua desativação, em 1970 – embora sua história como prédio do Hospício tenha terminado desde o ano de 1906 –, entregue às ruínas e à falta de manutenção, sofrendo danos provenientes da ação do tempo. Quando iniciamos esta pesquisa, no ano de 2012, o prédio estava em reforma e, no momento da visita, em novembro de 2013, já estava completamente reformado e servindo de sede da administração da Santa Casa de Caridade.

Sobre a criação do Hospício e de sua trajetória, Olinto Pimenta traz importantes contribuições sobre o contexto no qual ele foi construído:

E em Diamantina, o que acontece? A cidade apresenta singularidades que a distinguem de outras no Brasil, dado seu passado de pujança na mineração, existência de um rígido e excêntrico controle pela cora portuguesa, gerando interessante proximidade cultural com a Europa... Da mesma forma, ideias inovadoras na engenharia, novidades na medicina, entret al., logo aportavam na cidade. (Pimenta, 2008, p. 13)

Sendo esse centro de cultura e de desenvolvimento tão distinto, questões como o porquê da criação de Hospício e a quem interessaria a sua existência, ainda são colocadas por Pimenta:

Era ele um lugar de se fazer caridade? Objetivava tirar o louco da *urbis*? Ou estava, já, num contexto moderno de tratamento (e apropriação) da loucura pela medicina? Utilizava técnicas do sanitarismo, em voga? Sabemos que a referência próxima deveria ser o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, e o fazer clínico trazido das instituições europeias, principalmente pertencentes à tradição francesa e alemã. (Pimenta, 2008, p. 13).

Importante salientar que o Hospício Pedro II era, sim, a referência mais próxima do que se pode dizer de um primeiro Hospício formalmente estabelecido. Contudo, acreditamos que o modelo português, embora não seja citado pelo psiquiatra, também esteve nas bases da construção do Hospício da Diamantina, uma vez que ele foi criado e mantido pela Santa Casa de Caridade. É

importante ainda salientar que, no ano em que se iniciou o funcionamento do Hospício da Diamantina, o Hospício Pedro II estava em um embate com sua estrutura de funcionamento e que, embora o modelo clínico francês e alemão fossem os aspirados, até aquele momento (1889), eles ainda não eram colocados em prática no dito hospício. Talvez, ao falarmos do Hospício da Diamantina, estejamos falando de uma instituição de aspiração e de funcionamentos mais modernos do que se ouviu dizer e fazer até mesmo no Hospício Pedro II antes da virada do século XIX para o século XX.

Nas primeiras páginas de seu livro, resultado de sua dissertação, Maria Cláudia Magnani (2008) diz de suas impressões sobre o Hospício da Diamantina, lembrando sua infância e os ecos do passado que ouvira ressoar sobre o antigo casarão. Segundo Magnani, a antiga casa dos loucos, apontada pelos meninos da rua, resistiu aos passar dos anos pela solidez de sua estrutura, reforçando sempre o velho mito existente em Diamantina, de que “pela sua altitude e por seu clima, produzia muitos gênios e muitos loucos.” (Magnani, 2008, p. 17). Para Magnani, a construção do Hospício da Diamantina ainda se deu dentro de um processo modernizador por qual a cidade de Diamantina passava em fins no século XIX, inspirado fortemente no modelo europeu.

Segundo a autora, seu interesse pelo Hospício se acentuou ao considerar que a historiografia sobre história da saúde mental no Brasil não mapeia o Hospício da Diamantina. Assim, o Hospício não aparece na historiografia mais circular sobre os hospícios fundados no Brasil, fato extremamente inquietante para a autora e também para o desenvolvimento do presente trabalho. Magnani (2008) fundamenta sua análise nos relatórios administrativos da provedoria da Santa Casa de Caridade de Diamantina, nos livros de entrada e saída de pacientes, em jornais e artigos da cidade sobre o hospício, escritos na época de sua existência e que se encontram na Biblioteca Antônio Torres, em Diamantina, além de utilizar o documento *Apontamentos sobre o Hospício de Alienados*. Sobre os artigos encontrados na Biblioteca Antônio Torres, Magnani diz:

... Estes artigos mostram, de uma maneira geral, o que alguns setores da população esperavam do hospício – uma mistura de caridade privada e responsabilidade pública para com os alienados, colocando o atendimento a eles como uma necessidade para a segurança da população, porém, já apontando para a patologização da loucura baseada em um novo discurso médico que chegava à cidade e assim se popularizava. (Magnani, 2008, p. 22)

Sobre essa citação, a questão de “uma mistura de caridade privada e responsabilidade pública para com os alienados” não era apenas uma expectativa da sociedade diamantinense; essa mistura de duas instituições de poder, a caridade privada e o auxílio público, foi uma realidade existente na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei. Como pudemos ver anteriormente, a assistência

aos alienados naquela Santa Casa se deu por meio da caridade dos que por lá eram responsáveis, mas se deu também por meio do auxílio e da destinação de verbas públicas.

## 6.5 O arraial do Tejuco

Após a exploração das minas de ouro no centro de Minas Gerais, os bandeirantes continuaram sua trajetória de desbravamento do interior de Minas. Tal empreitada resultou no descobrimento de importantes jazidas de diamantes no Vale do Jequitinhonha e na grande valorização daquele território.

Foi no início do século XVIII que grandes quantidades de diamante foram descobertas na Bacia do Vale do Jequitinhonha; assim, a coroa portuguesa logo se ocupou de registrar essas descobertas e de tomá-las como suas propriedades. O primeiro regimento promulgado no sentido de declarar os diamantes como propriedade real datam do ano de 1730. Qualquer pessoa poderia se dedicar à pesquisa das minas de diamante; contudo, era estabelecido um regime de captação em que se deveria pagar um imposto sobre os escravos utilizados nos garimpos e, no caso de exportação para Portugal, seriam pagos impostos sobre o frete. Em função de uma queda dos preços do diamante em 1734, o governo português suspendeu a exploração diamantífera até 1739. Este sistema de contratos vigorou até o ano de 1771, quando Marquês de Pombal criou a Real Extração dos Diamantes<sup>37</sup>, monopólio absoluto da coroa sobre a exploração diamantífera (Martins, 2000 citado por Magnani, 2008).

A coroa portuguesa utilizava um rígido controle na exploração de diamantes. Esse controle visava a impedir a exploração ilegal e o contrabando, produzindo um mecanismo de controle jamais visto na capitania das Minas. Controle esse que acabou por impossibilitar a elevação do arraial à condição de vila no século XVIII. Diamantina só veio se tornar uma Vila no século seguinte por meio de um decreto imperial do ano de 1831. Contudo, a presença mais formal e concreta da coroa portuguesa permitiu um apreciável desenvolvimento urbano do distrito, possibilitando, ainda, que este se mantivesse como um centro gerador de renda, o que suscitou a criação de um mercado consumidor com hábitos refinados voltados para o modelo das elites europeias. Mercado

---

<sup>37</sup> A Real Extração era um órgão da coroa portuguesa criado para a regulamentação da extração de diamantes, tornou-se ainda uma frente geradora de empregos, a qual era a maior fonte de renda para os moradores da região. Empregava um considerável número de homens livres e de escravos, cerca de cinco mil, sendo que estes eram em sua maior parte alugados diretamente da população livre (Martins, 2000 citado por Magnani, 2008).

consumidor que foi possível por causa do setor minerador principal, por manufaturas, como as do ferro, madeira, cerâmica e algodão, além da agricultura (Fernandes, 2002 citado por Magnani, 2008).

Contudo, a extração diamantífera por meio da Real Extração não durou muitas décadas. A partir de 1830, verificou-se uma decadência do órgão controlado pela coroa. Por causa disso, os garimpeiros passaram a se dedicar em passo acelerado ao trabalho de busca de diamantes, encontrando veios riquíssimos em localidades próximas a Diamantina, o que resultou na extinção legal da Real Extração em 1841. Esse fato tornou legítimo o comércio e o garimpo entre qualquer pessoa na região, e, conseqüentemente, fez com que as décadas de 40 e 50 do século XIX se tornassem um período de acumulação de capital na já cidade de Diamantina<sup>38</sup>. Logo após, na década de 1860, houve uma crise dos preços do diamante, que pode ser explicada pela decorrente saturação do mercado diamantífero mundial, após a abertura de novas minas na África do Sul. Dessa forma, a cidade passou a viver com uma grave crise econômica; como resposta à crise, os diamantinenses reagiram com um surto industrial muito expressivo, que teve seu fortalecimento no comércio a partir de 1870, quando firmou-se como posto comercial da região. O surto industrial só foi possível devido à acumulação de capital que a atividade mineradora propiciou até a década de 1860, associada à abolição da escravatura e à recente transformação da divisão do trabalho, que se dava como consequência da segunda Revolução Industrial no contexto internacional (Fernandes, 2002 citado por Magnani, 2008).

Contudo, não foi sem consequências negativas que a crise gerada pela baixa dos preços do diamante se deu. Essa baixa provocou quebras e desespero na população. Por fim, todo o contexto de transformação e de transição que a cidade de Diamantina presenciava resultou em novos padrões de vida econômica, possibilitando, a partir de 1870, uma reordenação do espaço urbano. Nesse momento, houve um redimensionamento da cidade em todos os setores; alguns investimentos se destacavam, tais como a construção da primeira usina hidrelétrica no Brasil, a instalação da repartição dos correios e de um batalhão de polícia, a fundação de três fábricas de tecidos, além de uma dinâmica e expressiva imprensa local (Magnani, 2008).

Entretanto, não é difícil imaginar que na nova ordenação da cidade e de seus espaços houvesse lugar para todos. Assim, Magnani (2008) diz que, na redefinição dos lugares dos indivíduos na cidade, já em fins do século XIX, os idosos carentes e sem família eram recolhidos à União Pia de Santo Antônio, as vítimas fatais da varíola tiveram enterros e cemitérios privativos. O cemitério municipal de Diamantina seria fundado, o que retiraria das irmandades e das confrarias o controle

---

<sup>38</sup> Diamantina foi elevada a cidade pela Lei n. 93, de 6 de março de 1838.

exclusivo dos óbitos e, conseqüentemente, os loucos teriam seu lugar no Hospício da Diamantina. Entre os traços modernos de comportamento da cidade, houve ainda suas especificidades, como ocorreu na maioria das cidades mineiras. Outra importante especificidade é que a diocese de Diamantina foi a ampla incentivadora desse processo, fosse como proprietária das fábricas de tecidos, fosse como emissora de bônus impressos na década de 1890, quando da escassez de moedas no período de consolidação da República (Magnani, 2008).

## 6.6 A Santa Casa de Diamantina

A Santa Casa de Caridade de Diamantina foi fundada no ano de 1790 e continua a se chamar Santa Casa de Caridade até os dias atuais. Segundo Magnani (2008), no momento de sua pesquisa, o livro da ata da fundação, de 1790, ainda se encontrava em seus arquivos. Contudo, de acordo com a pesquisadora, o mais antigo relatório da administração ainda existente se referia aos anos de 1870 a 1871 e 1871 a 1872. Para Magnani (2008), alguns fatos a fazem supor que esse tenha sido o primeiro relatório escrito na Santa Casa de Caridade de Diamantina, uma vez o relatório parece afirmar essa primazia quando informa não ser obrigatória a apresentação de relatórios pelas disposições do estatuto que então regia a Santa Casa; na introdução, afirma:

“Senhores! Não há nos estatutos que nos regem disposição alguma impondo à mesa administrativa a obrigação de apresentar um relatório de sua gerência. Convido, porém que todos os irmãos e protetores deste pio estabelecimento, tenham conhecimento circunstanciado do seu estado presente, dos seus recursos e necessidades, da maneira por que preenche os seus fins, do futuro que se lhe pode antever, em suma, de sua vida e desenvolvimento, a atual administração resolveu apresentar-vos este deficiente relatório, cujo único mérito será desafiar o zelo dos futuros mesários, que o completarão ministrando novas informações. Chamar a atenção dos bons cidadãos para o único hospital de caridade do norte de Minas, mostrar que ele é digno da proteção do filantrópico povo diamantinense, eis o nosso fim e anelo”. (Brant, 1872, citado por Magnani, 2008, p. 36).

O provedor da Santa Casa que assina o relatório era o tenente-coronel José Ferreira de Andrade Brant, o mesmo que, posteriormente, viria a construir o hospício de alienados. É importante ainda ressaltar que a Santa Casa de Caridade de Diamantina foi criada pelo mesmo benfeitor e criador da Santa Casa de Caridade de São João del-Rei em 1783, Manuel de Jesus Fortes. Contudo, a SCM de São João del-Rei, após receber autorização régia, passaria a se chamar Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei. Embora o privilégio da Misericórdia tenha sido também solicitado para a Casa de Caridade de Diamantina, esta nunca chegaria a receber a autorização régia, mesmo chegando a ser chamada algumas vezes pela população de Santa Casa de Misericórdia.

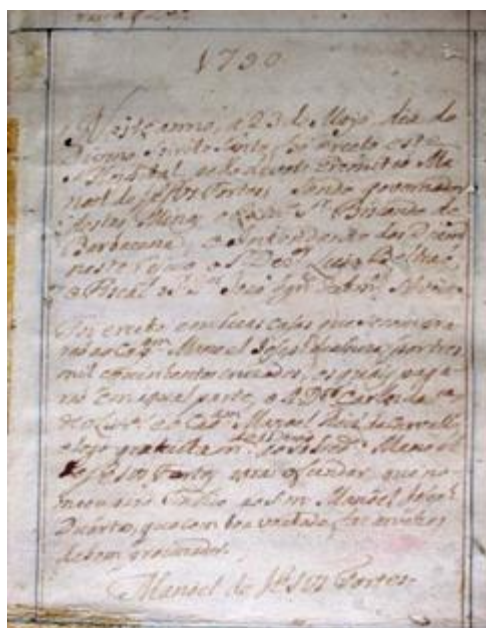


FIGURA 14 – Documento de fundação da Santa Casa de Caridade de Diamantina  
 Fonte: ACERVO DA SANTA CASA DE CARIDADE DE DIAMANTINA.

O hospital se mantinha por esmolas, donativos e uma pequena receita proveniente do tratamento de escravos e de soldados da Extração Diamantina. Como a renda era pouca, a Casa de Caridade passou por dificuldades financeiras, fato que a levou a ser fechada após um período de crise que se arrastou de 1810 até 1821. Posteriormente, no ano de 1831, houve uma tentativa frustrada de reestruturação do hospital, que acabaria por ficar somente no projeto. Em 1832, porém, foram estabelecidos os estatutos da Irmandade de Santa Isabel e uma festa anual em oferecimento à mesma santa, o que teria sido um fator de incentivo para a caridade local, fazendo com que a sociedade civil se sentisse estimulada a abraçar a causa do hospital. O relatório da provedoria da Santa Casa de Diamantina, de 1831, aponta a Lei n. 4, de 12 de fevereiro de 1836, como a que aprovou os estatutos da Santa Casa de Caridade de Diamantina que haviam sido enviados ao presidente da Câmara Municipal da Vila Diamantina. Já segundo as Efemérides Mineiras, a Lei n. 29 foi que aprovou os estatutos da Santa Casa de Misericórdia de Diamantina, em 22 de fevereiro de 1836. (Veiga, 1998 citado por Magnani, 2008).

No dia 4 de julho de 1838, o hospital teria sido reaberto, tendo como princípio a caridade cristã que a regeu desde a sua fundação e sendo colocada sob a proteção de Santa Isabel em 1832. A irmandade de mesmo nome foi criada no momento em que a Santa Casa estava fechada por falta de recursos, tendo como objetivo reunir as condições necessárias para reabri a SC. A irmandade seria formada por um grupo de pessoas que contribuía periodicamente com donativos de antemão

estipulados em favor a Santa Casa; com isso, nas decisões da Mesa-Administrativa, os membros da irmandade tinham direito à voz e ao voto. Os integrantes da irmandade não se tratavam de religiosos, mas de leigos (Magnani, 2008).

Como vimos, inicialmente, ao relatar as 14 obras das quais as Santas Casas de Misericórdia se inspiravam, as Casas que não recebiam o Compromisso da Misericórdia não teriam sobre si esse dever. Assim, ainda que a Santa Casa de Diamantina não se propusesse formalmente à caridade tão ampla, há relatos que atestam atividades educativas promovidas por ela. Em 1872, por exemplo, é fundada uma escola de instrução primária elementar na Santa Casa:

Abriu-se, por consentimento da mesa, uma aula do sexo feminino, regida alternadamente pelas irmãs Josefina e Maria, em um dos salões à esquerda da portaria do edifício. O número excessivo de meninas pobres, residentes na rua da Caridade e sua circunvizinhança chamou a séria atenção das virtuosas irmãs que se propuseram a dar instrução grátis a estas meninas. É intuitiva a utilidade desta criação que de maneira nenhuma contraria os fins da nossa instituição. Sem dúvida, fornecer à mocidade instrução, que tanto influi para o bem-estar social e melhoramento das futuras gerações, é ainda exercer um ato de caridade. (Brant, 1871, p. 47 citado por Magnani, 2008, p. 39).

Entretanto, algumas tarefas que costumamente eram inspiração da Casas de Misericórdia e que eram praticadas pela Casa de Caridade de Diamantina não eram vistas com bons olhos, especialmente, para os médicos, que se incomodavam com as atividades funerárias da Casa de Caridade. Diziam que era um desvio da real função do hospital, que deveria apenas tratar os enfermos e não receber inválidos e moribundos para simplesmente realizar enterros. Assim:

Cuidar dos pobres e miseráveis, amparar os doentes e desamparados, dar asilo a toda classe de miseráveis infelizes, educar a mocidade pobre, era a caridade cristã, católica, proposta pela Santa Casa de Diamantina, em nome de seus provedores e irmãos que não eram médicos. Para estes últimos o seu fim único e natural era tratar dos enfermos. (Magnani, 2008, p. 40)

Pode-se ver, assim, que havia, desde então, uma divergência entre os provedores, os irmãos e os médicos da instituição. O interesse das atividades divergia entre eles. Após a reabertura da Casa, em 1838, a manutenção do hospital não pôde mais contar somente com o espírito de caridade do povo diamantinense.

A aquisição de apólices da dívida pública, a construção de um teatro, a concessão de loterias provinciais, a contribuição frequente dos irmãos de Santa Isabel, o pagamento dos raros pensionistas, a pequena subvenção do cofre provincial, os pequenos rendimentos provenientes da venda de legumes, frutas e verduras do quintal, a remuneração recebida da cadeia municipal com a venda de refeições para os presos pobres; eis as fontes de receita da Santa Casa no século XIX, que, no entanto, se mantinha com dificuldades financeiras. (Magnani, 2008, p. 40).

Segundo os relatórios de receitas e despesas da Santa Casa, os médicos, até 1890, faziam um trabalho voluntário, sendo que o primeiro médico contratado aparece no relatório em 1891. Já as



irmãs de caridade, que também<sup>39</sup> eram da Ordem Vicentina, por contrato estabelecido entre o provedor da Santa Casa e a superiora-geral, seriam remuneradas. Além das irmãs de caridade, o capelão, que tinha como encargo celebrar missa todos os dias e administrar os últimos sacramentos aos enfermos, também seria pago pela administração (Brant, 1888 citado por Magnani, 2008).

De acordo com Magnani (2008), apesar de o provedor da Casa de Caridade, José Felício dos Santos, dizer de uma caridade que sugeriria amparar e dar asilo a toda sorte de pobres e miseráveis, em 1884, uma carta do médico encarregado do serviço sanitário no primeiro relatório<sup>40</sup>, o Dr. Antônio Felício dos Santos, falava de um cuidado específico. Do ato de tratar os doentes que, de acordo com ele, haveria de ser um ato de caridade pública. Custeado pelo poder público, mas que estaria sendo preterido pelo que ele chamava de caridade particular. Mantido por donativos da sociedade civil, cometendo o erro de não se ater aos atos médicos e pretender amparar indistintamente inválidos e mendigos.

Concordando com Magnani (2008), é importante perceber que o médico não se refere à instituição como Casa de Caridade. Ainda, em relação ao fim principal do hospital, o médico disse que as causas seriam quatro, sendo uma geral e outras três que concorreram para o mesmo problema. A primeira, geral, seria o fato de o hospital não ser visto como um bem público, por falta de zelo dos próprios cidadãos. Já as três causas enumeradas pelo médico, seriam:

... primeiro, o prejuízo popular, isto é, o preconceito que todas as pessoas de todas as classes tinham em relação ao hospital no sentido de considerá-lo um local de morte certa; segundo, o descrédito das administrações passadas; e, terceiro, o abuso de receberem-se inválidos incuráveis e mendigos e doentes. (Magnani, 2008, p. 41-42)

A terceira causa apontada por Antônio Felício dos Santos foi receber inválidos e mendigos em vez de doentes, e a facilidade em se admitir pessoas moribundas. Segundo o médico, ao aceitar inválidos, desvirtuaria o papel do hospital, convertendo-o em um asilo. Não só o médico se preocupava com o fato de o hospital se transformar em um asilo. O provedor, João da Matta Machado, em relatório de 1875 a 1876, diz que:

Um dos grandes males que pesa sobre o nosso hospital é ser obrigado.... a receber e conservar inválidos; ora, sendo seu fim único e natural tratar de enfermos não é possível que as suas enfermarias sejam ocupadas por indivíduos que não exijam tratamento por uma moléstia atual. (Matta Machado, 1876, p. 7 citado por Magnani, 2008, p. 42)

Foi assim que, para solucionar o problema de desvirtuamento do hospital, sem, contudo, deixar de cumprir o dever cristão de amparar a todos os inválidos e mendigos, o provedor propôs a criação

<sup>39</sup> As irmãs que trabalharam na Casa de Caridade de Diamantina também eram da Ordem Vicentina, como as da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei.

<sup>40</sup> Referente aos anos de 1870-1871 e 1871-1872.

de um asilo de inválidos anexo ao hospital: “Pretendemos para não sobrecarregar as nossas despesas com o tratamento destes inválidos agenciar uma subscrição.... para criar-se uma espécie de asilo de inválidos anexo ao hospital.” (Matta Machado, 1876, p. 8 citado por Magnani, 2008, p. 42).

Dessa forma, a Santa Casa de Caridade de Diamantina se preocuparia apenas em tratar os doentes pobres, além de convencer a população de que o seu hospital não era lugar para a morte, mas um local de tratamento. Desde que recebesse pensionistas das classes mais altas, seria possível, com o rendimento recebido do hospício, auxiliar a financiar a caridade pública. Tratar os enfermos seria o fim único da Santa Casa; assim, seus provedores e médicos afirmariam cada vez mais que a Santa Casa não era um asilo. Entretanto, vendo a necessidade de cumprir com alguns preceitos da caridade cristã, entre eles o de acolher os necessitados – prática que incluiria os inválidos –, houve a necessidade de aceitar a proposta de construção de um asilo para inválidos; contudo, este seria diferente da Santa Casa em seus propósitos finais, fato que nunca teria acontecido.

Em um primeiro momento, de acordo com as ideias expostas nos relatórios da provedoria da Santa Casa de Caridade de Diamantina e nos jornais locais à época da construção do hospício, a necessidade da existência de um hospício de alienados foi abordada como algo que se aproxima desta proposta da construção do asilo. A construção do Hospício apareceu primeiramente como uma solução para acolher os alienados, no sentido de cumprimento do dever para com a caridade cristã ainda um tanto distante de um atendimento hospitalar. No entanto, diferentes intenções e desejos se misturaram na ideia e na concretização da construção do Hospício da Diamantina: o desejo de fazer caridade convivia com o desejo de limpar as ruas da cidade (que vivia uma reordenação dos seus espaços e a incorporação de premissas da manutenção de uma higiene pública). (Magnani, 2008, p. 43)

Além de considerar os fatores de limpeza da sociedade e expulsão dos inválidos do Hospital da Santa Casa, estaria em jogo ainda o desejo médico de tratar e de curar o louco mediante uma nova nosografia e um novo discurso. Discurso esse que estaria sendo importado principalmente da França, e que pretendia transformar o louco em paciente. Dessa forma, buscava-se ainda a elevação da cidade de Diamantina em um centro o moderno, como os europeus, onde até haveria um lugar específico para os loucos.

## **6.7 O Hospício da Diamantina**

O Hospício da Diamantina teve sua pedra fundamental fixada no ano de 1888. Em um contexto nacional de proclamação e consolidação da República, da reestruturação das relações de trabalho<sup>41</sup> e

---

<sup>41</sup> De acordo com Magnani (2008), é importante lembrar que, dadas as limitações da época, a reestruturação das relações de trabalho não foi concomitante em todo o país.

de transformação econômica e social em Diamantina, o hospício passa a receber alienados no ano de 1889, tendo uma curta existência até o ano de 1906. Em seu jardim, em frente ao prédio, há dois canteiros que, segundo a tradição oral, representam duas virtudes teologais – a fé, sendo representada por um canteiro em forma de cruz, e a esperança, representada por um canteiro no formato de âncora. A terceira virtude teologal seria representada pelo próprio hospício – a caridade (Magnani, 2008). Assim, fé, esperança e caridade se pretendiam naquela instituição. Na figura a seguir, de novembro de 2013, após a restauração do prédio do hospício, vê-se restauradas também as figuras da âncora e a da cruz. As duas figuras estão dispostas bem em frente à entrada do prédio, como na construção original. Parece, assim, que esse seria o ideário de assistência e tratamento.



FIGURA 15 – Foto atual do prédio do Hospício da Diamantina  
Fonte: ELABORADA PELA PESQUISADORA, 2013.

A maioria das pessoas que relata sobre a assistência a saúde mental no Brasil antes do século XX fala que os alienados eram entregues às Santas Casas e depositados em seus porões ou anexos. Seguindo essa linha de raciocínio, Magnani (2008) diz que seria fácil um leigo na história do Hospício da Diamantina se referir a ele como um simples anexo da Santa Casa de Caridade. Contudo, segundo a pesquisadora, as propostas médicas e as bases teóricas sobre as quais foi realizada a construção do prédio, assim como seu projeto de engenharia, demonstrariam uma clara intenção de realizar uma terapêutica especializada. Conforme a autora, antes da construção do hospício, a Santa Casa de Caridade já recebia alguns alienados em pequenos quartos e em uma casa que era denominada de Casa Forte. É no relatório do ano compromissório de 1883 a 1884 que José Felício dos Santos, provedor interino, asseguraria, pela primeira vez, a necessidade de construção do hospício pela Santa Casa:

A Santa Casa de Caridade, tem recebido em suas enfermarias, nos pequenos quartos destinados aos loucos de todo o gênero, e na casa forte para os furiosos, grande número de infelizes idiotas, imbecis, maníacos, monomaníacos, delirantes e dementes. Ali tem se recolhido alguns destes entes, cujos cérebros transtornados denotam por atos exteriores sofrerem de monomania criminosa. Para esses principalmente é que trata a Santa Casa de Caridade, por seus mesários, da construção de um Asilo com maiores acomodações e estas nas condições reclamadas pela boa higiene, a fim de impedir que estes desgraçados atirados à sociedade, continuem em suas cenas de horror. No corrente ano foram recolhidos 12 loucos, e desses 3 eram furiosos, tomando-se mister pô-los em camisolas de força e encerrá-los na casa forte. Se não falhar o auxílio do Governo provincial a este tão útil quanto importante Estabelecimento, como é de esperar-se; os nossos ilustres representantes da Província lançarem suas benéficas vistas para ele, e para o mau estado financeiro desta casa... podemos afirmar que Diamantina possuirá um belo edifício para recolhimento de alienados, que rivalizará com os melhores deste gênero. (Santos, 1884, p. 11-12 citado por Magnani, 2008, p. 46)

De acordo com o provedor José Felício dos Santos, no cargo entre 1883 e 1884, o hospício seria destinado principalmente aos loucos furiosos, aos que sofriam de monomania criminosa e que incomodavam a sociedade. Estes deveriam ser impedidos de realizar suas cenas de horror e de incomodar a população. Dessa forma, percebe-se que as intenções de acolher e fazer caridade estariam também ao lado da tarefa de realizar uma limpeza urbana, compatível com a chegada da medicina mental e da prática da medicalização a Diamantina, além, é claro, de seguir uma nova nosografia, novas concepções e novas propostas terapêuticas que estariam na base da pretensiosa cura dos alienados, seguindo os ideários europeus da época. Magnani (2008) cita trechos de um artigo intitulado *Gravíssimo*, de autoria de Antônio Mourão, escrito em 1893, no qual se percebe o desejo de uma sociedade civilizada, em que os maus-tratos dispensados aos loucos não faziam parte dos esforços de se modernizar a sociedade diamantinense segundo os padrões da civilização europeia:

Um dos fatos que mais depõe contra o estado de civilização de nossa terra é a maneira brutal com que se trata aquele que teve a infelicidade de perder a razão. Felizmente um grupo de moços inteligentes acaba de fundar nesta cidade um periódico que defenderá com todo ardor a triste sorte desses infelizes.... Sim, a causa é a mais simpática que a caridade individual ampara e que todo o mundo civilizado manifesta para com esses infelizes, dolorido respeito, enternecimento piedoso e fraternal por essa doença, tantos séculos desprezada chamada a loucura. A loucura foi por longos séculos considerada uma degradação do ser humano; hoje os homens da ciência fazem ver que ela é uma das mil doenças que afligem a humanidade. (O Aprendiz, 1893, p. 2 citado por Magnani, 2008, p. 42)

Na citação anterior, a loucura é vista como merecedora de atenção, zelo e caridade. Os “criadores” do asilo são pessoas merecedoras de elogio. A loucura passa a ser vista não mais como algo inumano, incomum ou animal, e sim como tantos outros males, como doença. Parece que em Diamantina, naquela época, ser moderno era aceitar as respostas da ciência e, naquele momento, a ciência afirmava que a loucura era digna de atenção e de tratamento.

“Mais digna de compaixão do que nenhuma outra, visto que afeta a parte mais nobre do organismo, mais digna de simpatia e de piedade, porque separa aquele que sofre do resto dos seus semelhantes, ela merece um cuidado especial, e surge em nós pensamentos da ordem mais elevada e complexa. Em todos os países civilizados o louco

inspira dó e compaixão, entretanto, entre nós a loucura constitui um divertimento, uma distração.” (O Aprendiz, 1893, p. 2 citado por Magnani, 2008, p. 48)

Ainda no artigo *O aprendiz*, embora a noção de ciência seja discutida, a sociedade diamantinense é criticada por ainda expor os loucos e a loucura em vez de tratá-los com “dó e compaixão”. A loucura se torna digna de distração e de divertimento para a população.

Que espetáculo triste que depõe não só contra o espírito de caridade deste povo, como também contra a polícia, ver-se os moleques apedrejarem os doidos e quando estes se enfurecem pelo mau trato que lhes é dado serem atirados à cadeia, como se fossem criminosos! Nada mais grave do que isto que de pronto arranca a mais viva indignação por parte dos espíritos caridosos. Hoje que temos um hospício de alienados, e que o governo dá uma esplêndida subvenção para o tratamento desses infelizes, esperamos que se ponha termo a tais abusos. Em vez dos doidos serem presos, os moleques é sofrer castigos de tamanha perversidade. (O Aprendiz, 1893, p. 2 citado por Magnani, 2008, p. 48)

... O governo do Estado dá ao hospício uma boa subvenção e torna-se, portanto necessário que qualquer dos nossos médicos mediante recompensa vá diariamente ao hospício prescrever o tratamento necessário a cada um dos doentes, podendo assim salvar a muitos que tomam-se incuráveis muitas vezes por não ser o mal combatido no seu começo. (O Município, 1897, p. 2 citado por Magnani, 2008, p. 50).

As duas últimas citações estão imbuídas do espírito de caridade que estaria por nascer, com a efetivação do Hospício da Diamantina. Ainda são criticadas as crianças que maltratam os loucos e a polícia, que não lhes dispensa um tratamento necessário, além de ser exaltada a assistência que o Estado estaria oferecendo para a manutenção do Hospício. É colocado ainda que, devido a essa subvenção do Estado, os médicos deveriam ser recompensados por seu trabalho no cuidado com os loucos. Situação essa inexistente, uma vez que o trabalho dos médicos era oferecido de forma caritativa, o que dificultava uma sistemática no tratamento aos alienados.

No geral, na leitura desses trechos escritos na época de fundação e funcionamento do Hospício da Diamantina, percebe-se que a afirmação da caridade é justificada pela medicina mental (Magnani, 2008). O tratamento da loucura é percebido como possibilidade de afirmação de um *status* de modernidade para a cidade e para o louco, que é colocado no lugar do doente, como objeto digno não só de caridade, como também de tratamento. A necessidade de tratamento é também vista como possibilidade de cura; assim, a construção do Hospício da Diamantina se insere ainda em um modelo de institucionalização da sociedade, que deve ser amparada, medida e moldada por meio de discursos cientificistas. Em seus artigos, Antônio Mourão afirmaria a necessidade de amparar o hospício com instrumentos estabelecidos pela ciência. Assim, os loucos furiosos deveriam ser separados dos portadores de monomanias. Afirmações essas que sinalizam às classificações e ao pensamento médico do psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol. Contudo, embora almejasse um tratamento de modelo europeu, quando aponta a necessidade de atendimento médico aos loucos,

Antônio Mourão diz que, ainda em 1897, os médicos desenvolviam um trabalho voluntário no hospital, ficando a sua atividade por conta da caridade, de forma pouco sistemática.

A premência do atendimento médico sistemático para que os loucos não se tornem incuráveis faz com que ele afirme em meio a uma apologia à caridade, a necessidade da remuneração dos médicos. Isto mostra como o discurso contraditório advém da tentativa frágil de impor um novo discurso. (Magnani, 2008, p. 51)

Considerando a data de 1897, percebe-se ainda que, nove anos após a instalação da pedra fundamental do Hospício, no ano de 1889, ele ainda não está concluído; contudo, já estava em funcionamento, recebendo pacientes, sob a administração da Santa Casa de Caridade e sem uma presença sistemática de médicos – as irmãs de caridade que recebiam pelo trabalho efetivado.

## 6.8 Alienação e medicina social em Diamantina

Além das primeiras influências europeias no sistema classificatório das doenças mentais, com o advento da medicina legal, haveria também a criação de novas espécies de monomania. Isso teria ocorrido no momento em que o Brasil passou a receber a influência de teóricos germânicos, ingleses e italianos, ainda no final do século XIX, decorrendo-se em uma generalização classificatória abasileirada. O que não impediu de que haver uma apropriação e posterior produção do próprio saber médico brasileiro, apesar das múltiplas influências europeias verificadas ao longo do século XIX. Com a proclamação da República e com a criação das sociedades médicas brasileiras, a partir do século XX, houve a busca de uma identidade própria em todo o âmbito nacional, inclusive no que concerne ao saber médico em geral e alienista em especial (Magnani, 2008).

Não só as classificações nosológicas sugerem um projeto moderno em relação ao Hospício da Diamantina, como também a construção do próprio prédio. Havia a preocupação com os ventos frescos e puros e também com a circulação do ar que remetia à antiga concepção miasmática. Porém, o projeto<sup>42</sup> esteve ancorado em concepções médicas modernas. A preocupação com a limpeza e a existência de banhos e duchas remeteriam ao higienismo e ao tratamento moral que foi proposto por Pinel e Esquirol. Ainda como influência de Esquirol, é possível apontar a perspectiva

---

<sup>42</sup> Conferir o livro *Hospício da Diamantina*, p. 54. Nele, a autora traz a descrição completa do projeto do Hospício realizada no artigo *Apontamentos sobre o Hospício de Alienados*, publicado na Imprensa Oficial de Minas Gerais, em 1893, p. 6-8. É uma descrição muito curiosa e detalhada.

de convalescência e cura (Magnani, 2008). Percebe-se que a construção do Hospício da Diamantina esteve envolto de práticas tanto modernas, como antigas. Além de ainda considerar o trabalho sistemático das irmãs de caridade, embora desejasse que o cientificismo prevalecesse, a presença médica seria apenas por meio da caridade dos doutores.

Em relatório da provedoria da Santa Casa de Caridade de Diamantina do ano de 1897, o provedor Brant falava da construção do hospício que se procrastinava; ele mencionou “uma grande área destinada a servir para recreio dos alienados, ao lado esquerdo do edifício” (Brant, 1897, p. 7 citado por Magnani, 2008, p. 56). A recreação baniria o isolamento absoluto, que não era vantajoso ao tratamento médico do alienista. Ainda nos relatórios da Santa Casa de Caridade de Diamantina, a primeira vez que foi encontrada uma referência à necessidade de construção do hospício teria sido em 1884, ano em que constariam 12 alienados internados, em meio a um total de 298 pacientes, sendo três furiosos e três falecidos (Magnani, 2008, p. 57). Na transcrição a seguir, vê-se a fala do provedor Brant sobre os esforços para iniciar a construção do Hospício; percebe-se ainda o esforço pessoal do provedor para que o Hospício pudesse ser construído:

Convencido da palpitante necessidade de que ressentia-se o Norte de Minas de um estabelecimento, onde os enfermos da razão encontrassem o tratamento apropriado para o seu estado, como já sabeis, deliberei erigir nesta cidade, e como dependência da Santa Casa, um Hospício de Alienados, em cuja construção tenho persistentemente trabalhado desde 1888.... Invoquei auxílio dos poderes públicos e apelei para o coração do povo. Grandes e pequenos nos trouxeram o seu contingente.... Com o auxílio de 2:000\$000 anuais, que nos deu a Assembléia Provincial; com as esmolas dos particulares, e com as pequenas sobras das economias da Santa Casa procurei levar avante a edificação projetada. O que está de pé devemos a esses poucos recursos .... O Congresso Mineiro, inspirado nos mais elevados sentimentos, e a esforços de distintos amigos que ali têm assento, votou em sua última reunião a lei n. 50 de junho próximo findo, que concede 50:000\$000 para serem aplicados na conclusão das obras do Hospício e mais 15:000\$000 anuais, para sua manutenção.... Com o auxílio votado podemos levar a efeito a conclusão do Hospício, de conformidade com o plano projetado; e com a verba também votada – para a sua manutenção, ficará o Hospício em condições de prestar-se excelentemente para o fim que é destinado.... Acham-se recolhidos na casa 16 alienados, sendo 11 mulheres e 5 homens. (Brant, 1893, p. 18-20 citado por Magnani, 2008, p. 59)

A lei a qual se refere Brant é a primeira lei que faz referência aos alienados no Estado de Minas Gerais – Lei n. 50, de 30 de junho de 1893 –, que determina a concessão de auxílio aos hospícios de São João del-Rei e Diamantina. Contudo, conforme também aconteceu em São João del-Rei, embora a verba tenha sido liberada e aprovada, esta demoraria a chegar nas Santas Casas das duas cidades:

Conforme notícia que dei no último relatório, ainda se acham interrompidas as obras deste edifício, dependentes do auxílio do governo. Remeti em tempo a planta e o orçamento que foram aprovados; mas, como não houvesse verba consignada no orçamento de 1894, o Exmo Presidente do Estado, em mensagem dirigida ao Congresso Legislativo, solicitou o respectivo crédito para execução da lei n. 50 de 30 de junho de 1893, e de fato foi incluído no orçamento vigente a respectiva verba.... aguardo, pois, em breve, aviso do recebimento, para o fim de deliberar sobre a continuação dos trabalhos que temos a fazer, recomeçando sem mais demora o que tem estado suspenso por falta de dinheiro. (Brant, 1895, p. 7 citado por Magnani, 2008, p. 60)

Mesmo depois de ser aprovada, a verba completa nunca chegaria a ser entregue, tendo sua liberação tão logo suprimida:

Continua a prestar bons serviços, apesar de ainda não concluído, o estabelecimento que fundamos, anexo à Santa Casa, para o tratamento dos exilados da razão. O congresso mineiro, que até então não se recusara a atender aos nossos reclamos em prol do hospício de alienados em Diamantina, contemplando-o com a anuidade de 2:000\$ e no último exercício com a de 5:000\$000, em sua recente reunião, ao confeccionar a lei de despesa para 1900, deixou à margem o mencionado estabelecimento e retirou-lhe a subvenção, baseando-se para isso na conveniência de diminuir-se os encargos do Estado, que aliás dispndia com a assistência a alienados apenas a quantia de 21 contos, sendo 11 contos no hospício nacional e 5 contos em cada um dos hospícios de São João Del Rei e Diamantina. Com o projeto de se fundar um hospício estadual para alienados, é de crer-se que não será restabelecida aquela concessão, ficando assim a obra que tantos sacrifícios e esforços nos tem custado, unicamente entregue aos seus próprios recursos. (Brant, 1899, p. 11-12 citado por Magnani, 2008, p. 60).

Mesmo com a supressão da verba Estadual para se proceder ao fim da construção, o Hospício, o mesmo já estava em funcionamento e enfrentava problemas com a opinião pública, que começou a atacar a construção que nunca chegara a ser concluída definitivamente.

Em sua análise nos livros de entrada e saída de pacientes, Magnani (2008) afirma que o período de permanência dos pacientes internados variava consideravelmente; contudo, não havia dados que informassem sobre os critérios dessa permanência. A internação mais longa durante o período de existência do hospício teria sido registrada em 1890 e durado 4.633 dias; a mais curta, também registrada no ano de 1890, durou apenas um dia. Ainda segundo a autora, alguns dados corroborariam a ideia de que o hospício não era um lugar com características de confinamento, de prisão ou de isolamento. Haveria, sim, um período de permanência no qual se objetivava tratar e até mesmo curar os alienados. As anotações, como “saiu curada” ou “saiu perfeita do juízo”, diziam de um período de permanência, seja ele longo ou curto, além de apontarem para um empenho dos responsáveis pelos alienados no que se diz respeito ao tratamento e as crenças na possibilidade de cura. As várias reinternações sugeririam que os alienados que permaneciam em um período de estabilização de comportamento teriam sua alta recebida. Em momentos de recaídas, retornavam ao hospício para se tratarem, contabilizando uma nova entrada.

Os dois livros de registros de pacientes pesquisados no Hospício da Diamantina, embora houvesse espaços para a notação de registro dos tratamentos, eram utilizados esporadicamente; apenas a notação de tratamento de um alienado foi registrada, tendo como diagnóstico “A. Mental”. É uma notação referente ao ano de 1877, período antecedente à construção do Hospício, quando era ainda a Santa Casa de Caridade que recebia os alienados em quartos fortes. A paciente se chamava Adélia de Oliveira Santos, era branca, tinha 36 anos de idade, especificada como de temperamento sanguíneo, de constituição forte e de condição livre. Deu entrada no hospital em 12 de fevereiro de



1877 e saiu em 12 de maio do mesmo ano. A ela foi prescrito um tratamento de “Ars. de qq bromoreto de pot”. Seria possível supor que esse era um tratamento comumente utilizado tanto antes, quanto depois da construção do Hospício. Não se pode concluir que, mesmo com a ausência de anotações, tenha havido também uma ausência de tratamento (Magnani, 2008).

Em seu projeto de construção, o Hospício da Diamantina citava uma expectativa de 50% de cura para seus internos, considerando a finalização de um tratamento com todos os recursos propostos, banhos, duchas, área de recreação, quartos para convalescentes, separação entre alas feminina e masculina, ventilação adequada, entre outras especificidades. Presume-se que a loucura era vista como uma doença passível de cura, caso fosse tratada de maneira adequada e mantendo determinados padrões de higiene. Assim, é possível perceber que a intenção dos empreendedores do hospício não era a construção de um simples depósito de inválidos. Almejava-se o tratamento e, principalmente, a cura. O número de altas médicas e de reinternações confirma que, na prática, não se pretendia apenas a limpeza das ruas e a apropriação de uma nova ordem urbana (Magnani, 2008).

Em todo o todo o período de funcionamento do hospício, existiu um total de 134 internações das quais 15 eram reinternações e 61, óbitos. Ou seja, uma taxa de 45% de óbitos. Além das reinternações, tem-se o registro de quatro fugas, uma alta a pedido de uma família e, no último ano de existência do Hospício, uma transferência para o, já em funcionamento, Hospício de Barbacena.

No Hospício da Diamantina, é possível afirmar, a partir dos números encontrados nas anotações, que se saía mais por alta do que por causa de morte, e que o número de fugas era pouco significativo – fato passível de duas interpretações: de um lado, os alienados estariam muito bem vigiados, mantidos em camisolas de forças ou acorrentados, o que não seria plausível, uma vez que não existem menções sobre tais circunstâncias em relação ao funcionamento do hospício. A outra, seria a questão da anotação de um paciente que teve alta por pedido família, é importante lembrar que, na prática, aqueles que tinham famílias, sobretudo abastadas, eram tratados, presos ou escondidos em casa. O que vemos em geral é que os alienados que permaneciam no hospício por muito tempo ou até mesmo por toda vida não tinham ninguém que olhasse por eles, ou viviam em uma situação de pobreza extrema, o que inviabilizava qualquer tipo de tratamento que não o asilar (Magnani, 2008).

Em relação ao atendimento médico aos alienados no Hospício da Diamantina, não se têm muitos dados, uma vez que, na Santa Casa de Caridade, o atendimento médico era em sua maioria feito de forma voluntária e caritativa; ainda sim, não haviam alienistas na cidade. Outro fator que comprova isso é a raridade com que se davam as contratações dos médicos e a irregularidade de seus serviços, já que eram voluntários. Fala-se ainda que eram as religiosas responsáveis pelos alienados.

Percebia-se que parte da sociedade já estava atenta ao que se passava no interior do hospício e demandava um tratamento médico adequado para os loucos, o que extrapola a visão dos loucos como simples pacientes hospitalares, denotando, assim, um princípio de delineamento dos contornos da doença mental (Magnani, 2008).

Uma outra questão relevante em relação ao público do Hospício da Diamantina é a questão das mulheres. Só no ano de 1890 teriam sido admitidos 446 pacientes, sendo um total de 307 homens e 139 mulheres. No mesmo ano, além desse número total, surgem 29 pacientes no hospício, sendo 14 homens e 15 mulheres. A grande maioria de internações masculinas que ocorreu na Santa Casa de uma maneira geral se deveu ao fato de ter sido instalado em Diamantina, em 1890, o 3º Batalhão da Polícia Militar, que firmou contrato com a Santa Casa de Caridade no sentido de prestar assistência médico-hospitalar aos militares e aos presos dessa companhia (Martins, 2000 citado por Magnani, 2008).

Outro público considerável em relação ao Hospício da Diamantina e à Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei seria o público de escravos. Quadro esse que se descortinou na capitania que teve a maior população de escravos do Brasil. Ao todo, 50% dos 2 milhões de escravos negros que entraram no Brasil no século XVIII teriam sido encaminhados para os trabalhos das Minas; não se deve esquecer ainda as dezenas de milhares de escravos nascidos na região (Magnani, 2008). Os dados analisados permitem levantar algumas questões extremamente importantes para a compreensão que foi aqui proposta. Responder o que era ser louco no Brasil no final do século XIX, implica a intelecção da noção de normalidade que foi então construída social e culturalmente.

Ainda que não se tenha dados quantificáveis tão contundentes como em outras instituições do Brasil, um perfil social de nossos loucos seria:

... negros e mestiços, pobres, escravos ou trabalhadores simples, mendigos ou desocupados e mulheres, que, mesmo protegidas pelo casamento e pelo marido, poderiam, a qualquer momento perder a razão em função de sua fragilidade natural. Ontem, como hoje, negros, pobres e mulheres pertencem às categorias perigosas da sociedade. (Magnani, 2008, p. 81)

Assim como na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, no Hospício da Diamantina e sua mantenedora, a Santa Casa de Caridade de Diamantina, por meio de suas intervenções e pessoas que pretendiam o tratamento dos alienados, pode-se encontrar uma nomenclatura muito ampla e específica para se referir aos loucos e a tudo o que a eles se dizia respeito. Uma classe sugestiva de palavras, conceitos e frases pode, sutilmente, nos dizer muito de como os loucos eram tratados, vistos ou almejados: alienados da razão, considerados loucos, insanos, os loucos mais exaltados, as

quatro primeiras celas edificadas, quartos ou cubículos da Santa Casa, Casa Forte, Casa Forte para os furiosos, grande número de infelizes idiotas, imbecis, maníacos, monomaníacos, delirantes, dementes, monomania criminosa, pequenos quartos destinados aos loucos, camisolas de força, encerrá-los na Casa Forte, exilados da razão.

## **7 O PROJETO DE ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA MINEIRAS, DO SÉCULO XIX – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Em pesquisas realizadas por Massimi (1994), a autora descreve que os pressupostos do desenvolvimento da ciência no Brasil do século XX podem ser encontrados em um processo histórico que, tendo início no século XVI, assumiu suas características específicas e definitivas no século XIX. Segundo a pesquisadora, a época colonial (1500-1822), que foi profundamente marcada pela experiência do encontro e do choque cultural entre dois mundos – o dos colonizadores portugueses e os dos nativos da Terra de Santa Cruz –, foi um período histórico em que, de modo irreversível, definiu-se a identidade sociocultural do Brasil. No âmbito de tratados de Pedagogia ou de Medicina, por exemplo, ou no meio de sermões religiosos e escritos morais, aparecem páginas dedicadas ao estudo de emoções, sensações, desenvolvimento psíquico, doenças mentais, distúrbios de comportamento, métodos de aprendizagem e de controle do comportamento. Assim, acreditamos que as perspectivas teóricas desenvolvidas por Massimi (1994, 2005, 2006), permitem-nos dizer da importância de se estudar as Santas Casas de Misericórdia em suas várias facetas. No presente trabalho, os conhecimentos adquiridos sobre as primeiras formas de colonização, de estruturação das políticas, da economia e das instituições de saúde no Brasil só se fazem entendidos a partir do momento em que lançamos o olhar sobre as formas estruturantes dessa sociedade, que se deram, antes de tudo, sobre a base de instituições religiosas.

Investigar a atuação das Santas Casas de Misericórdia na assistência aos alienados em Minas Gerais, no século XIX, foi nosso objetivo principal. Este se desdobrou em objetivos específicos: realização de um levantamento sistemático sobre a história das Santas Casas de Misericórdia que existiram em Minas Gerais, ao longo da Estrada Real, bem como o período de funcionamento destas; identificar a possibilidade de acesso à documentação acerca das terapêuticas (saberes e práticas) associadas à assistência aos alienados no período demarcado; investigar o lugar da “Misericórdia” nas ações do Estado sobre a sociedade, no que diz respeito à assistência aos alienados e, assim, contribuir para a discussão da relevância das instituições religiosas na assistência aos alienados em Minas Gerais.

A criação das Santas Casas de Misericórdia, em 1498, em Portugal foi um marco na reorganização e na assistência caritativa e da saúde, tendo tido ecos por todas as suas colônias, fossem elas no território das Índias ou da América. Embora o modelo português fosse extremamente articulado com a corte real e a burguesia, tendo tirado da Igreja Católica a autonomia

sobre essas novas confrarias, esta não ficou totalmente de fora dessa reorganização. A igreja teria uma espécie de “autonomia moral”, uma vez que, mesmo fora do controle administrativo, ela esteve presente de forma muito articulada entre os leigos fiéis. No caso específico do Brasil, as confrarias foram articuladas de forma muito particular, tendo suas especificidades de acordo com a região na qual foi instalada.

A reorganização caritativa e assistencial no restante da Europa não foi singular tal qual foi em Portugal. Em seu livro *História da Loucura*, Foucault (2012), de alguma forma, diz do que aconteceu em Portugal, citando características específicas das Santas Casas de Misericórdia. Contudo, ele se limita a referir a “Casas de Caridade”, o que, no nosso entender, limita e reduz a importância que essas instituições tiveram nos países em que elas se fizeram presentes. Ele exalta a importância do modelo francês, inglês e de demais países próximos na relação entre caridade, assistência e saúde. Foucault (2012) se dedicou ao estudo da história da loucura a partir das grandes casas de internamento existentes na Europa, desde o século XVII, citando como marco dessas instituições, a criação do Hospital Geral, em 1656, em Paris, na França. Ora, a fundação do Hospital Geral em Paris foi uma reordenação hospitalar e administrativa, tal como a de Portugal, em 1498, que deu origem à primeira Santa Casa de Misericórdia, a de Lisboa. Portanto, mais de cento e cinquenta anos antes do grande marco referenciado por Foucault. Acreditamos que somente esse fato em si justificaria a importância do estudo sobre as Santas Casas de Misericórdia existentes em grande parte do mundo e, especificamente, no Brasil como um todo.

Contudo, é importante discutirmos sobre o fenômeno da “grande internação” apresentado e estudado por Foucault (2012). Foi um fenômeno que esteve presente em praticamente toda a Europa entre meados do século XVII até fins do século XVIII. A partir dele que se começou a perceber, no meio da sociedade que nascia, a presença de pessoas que destoavam do todo, sujeitos que não eram bem quistos, sujeitos que incomodavam que envergonhavam e que não eram desejados no meio da burguesia nascente. Contudo, não se pode dizer que esse modelo fosse predominante em toda a Europa ou, ao menos, que se deu da mesma forma que na França e em Portugal, por exemplo. O que teria resultado em outras formas de banimento e de exclusão, tanto em Portugal quanto em suas colônias, como no caso do Brasil.

Em seu trabalho, Foucault (2012) cita a chegada de irmãos da caridade no hospital de Charenton (França), em 10 de maio de 1645, com a premissa de se estabelecer um hospital para receber os doentes pobres, entre eles, os loucos. Segundo o filósofo, Charenton em nada se distinguiu dos hospitais da caridade, que não pararam de se multiplicar por toda a Europa desde a fundação, em 1640, da Ordem de São João de Deus. Essa ordem existiu, de fato, em vários países da Europa,

como na Espanha, por exemplo (Araújo, 2005). Mas as Santas Casas de Misericórdia foram criadas anteriormente ao ano de 1640, em Portugal, sobre a proteção da Virgem da Misericórdia e não de São João de Deus. Isso, mais uma vez, sugere que em seus trabalhos, Foucault se referia às casas de caridade, mas não às Santas Casas de Misericórdia que foram criadas em Portugal. Isso desmitifica que a *História da Loucura* possa ser tratada de forma universal: outras experiências existiram e é a partir de uma experiência singular que o caso de assistência brasileiro pode ser repensado.

Após sua criação, a Ordem de São João de Deus atuou também em Portugal, sendo dedicada especificamente aos hospitais reais. Estes foram criados pela coroa portuguesa para prestarem socorro aos militares e atuaram em ambientes bélicos em momentos de guerras e, posteriormente, após a resolução dos conflitos, eram derrocados (Araújo, 2005). Algumas Misericórdias portuguesas também chegaram a ser criadas sobre a proteção de São João de Deus, como é o caso da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, em Minas Gerais.

Quando vieram para o Brasil, as Santas Casas de Misericórdia acompanharam o movimento de colonização que se estendeu por todo o território, seguindo o ritmo das até então existentes Capitânicas Hereditárias. Juntamente com as Misericórdias, as Câmaras Municipais eram os principais instrumentos de colonização e, presume-se, de controle da colônia; assim, as primeiras vilas e cidades existentes no Brasil foram extremamente marcadas por formas rígidas de controle da Coroa. A produção agropecuária era marcadamente o forte da colônia, com seus vastos territórios e terras abundantes; contudo, a colônia foi, aos poucos, desenvolvendo o seu sistema de comércio e de serviços.

A presença das Santas Casas de Misericórdia no território brasileiro teria acrescentado duas alterações fundamentais em relação à assistência das até então existentes nas Misericórdias de Portugal e de outras colônias. No Brasil, somente as principais localidades sediavam as Misericórdias, o que resultou em uma pequena ou quase inexpressiva rede de proteção institucional, com serviços pouco sistemáticos e pouco abrangentes, fazendo, assim, com que muitas Misericórdias fossem desativadas após poucos anos de existência. Uma segunda alteração seria em relação à sociedade escravista brasileira, que se fez necessário incluir novos aspectos aos conceitos de riqueza e de pobreza até então existentes no reino. Assim, os que possuíam escravos eram representantes de uma parcela significativamente distinta da sociedade. Por sua vez, os escravos constituiriam um grupo social que fez parte apenas marginalmente das ações de caridade prestadas pelas Misericórdias, exceto no que concerne à loucura.

No caso mineiro, as Misericórdias tiveram existência muito posterior às primeiras congêneres brasileiras. O território mineiro foi sendo descoberto a partir do século XVIII, por meio das

bandeiras na busca de pedras preciosas. Contudo, os colonizadores já tinham experiência na colonização das primeiras vilas e cidades brasileiras, o que resultou em um cuidado maior na criação de novas instituições de assistência. Esse fator não resultou em uma preponderância assistencial por meio das Misericórdias Mineiras, tendo essa preponderância ficado muitas vezes, a cargo de outras irmandades e ordens terceiras. Este foi o caso inclusive, da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, fundada em 1735, que não teve em suas primeiras décadas de assistência grande notoriedade.

Na presente pesquisa, nos referimos às quatro primeiras Santas Casas de Misericórdia criadas em Minas Gerais, Ouro Preto (1735), São João del-Rei (1783), Diamantina (1790) e Sabará (1812). Percebe-se que a primeira Misericórdia, a de Ouro Preto, foi criada no início da quarta década do século XVIII e, somente cinco décadas depois, a segunda Misericórdia foi criada, em 1783. A segunda e terceira Misericórdias foram criadas já no fim do século XVIII, considerando que a de São João del-Rei, mesmo tendo sido criada em 1783, só recebeu a confirmação régia em 1817, e a Santa Casa de Diamantina nunca chegaria a receber essa confirmação. Em seguida, somente no início da segunda década do século XIX é que a quarta Santa Casa de Misericórdia seria criada, a de Sabará, já em 1812. Contudo, em 1812 não foi criada a Misericórdia, propriamente, foi criado um hospital que esteve sobre a proteção da Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo de Sabará; somente vinte anos depois, em 1832, que seria criada a Misericórdia de Sabará, recebendo no mesmo ano a autorização real; então, em 1834, foi fundado o novo hospital da Misericórdia (Franco, 2011). Por essas especificidades, a Misericórdia de Sabará deixou de fazer parte de nosso campo de investigação, a Santa Casa de Sabará não é referenciada como um centro de acolhimento sistemático a alienados. Pelo mesmo motivo, em relação ao acolhimento de alienados, a Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto não entrou no campo de investigação.

Dessa forma, o nosso trabalho se deu, sobretudo, a partir das Santas Casas de São João del-Rei e Diamantina – duas Santas Casas muito singulares, como vimos na história de cada uma. Apesar das duas Casas terem sido criadas como Casas de Caridade<sup>43</sup>, pelo mesmo benfeitor, o ermitão Manuel de Jesus Fortes, elas tiveram destinos diferentes, talvez pela elite local que a patrocinou, talvez pela mobilização da sociedade em que cada uma foi inserida, ou talvez pelo fato de que a coroa portuguesa não via mais vantagens na concessão de privilégios naquele momento. O fato é que a “Casa do Hospital e Caridade de São João del-Rei”, criada em 1783, posteriormente, passou a se chamar Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, recebendo o alvará régio no ano de 1816, sendo autorizado em 1817; já a Casa de Caridade de Diamantina, criada em 1790, tem a mesma

---

<sup>43</sup> O que nos remete as Casas de Caridade citadas por Foucault (2012).

denominação até os dias atuais. Foi a partir da pesquisa bibliográfica, das visitas de campo e da pesquisa aos acervos, que nossa análise se concentrou no que aqui iremos denominar de “início da história de assistência aos alienados em Minas Gerais”.

Ainda em relação às especificidades do território mineiro, de acordo com Pereira (1999), a sociedade mineira oitocentista foi caracterizada por uma obsessão esquadrihadora e organizadora dos espaços públicos e das ações das pessoas. Perigosos, miseráveis, incapazes, a lista de nomeações das presenças incômodas era infindável. Segundo o historiador, um saber que se constituía procurava ocultar os indesejados dos espaços urbanos. O hospital e a cadeia estavam de alguma forma, unidos no sentido de defender os doentes e a sociedade de seus males físicos e morais. Assim, a justiça e a medicina estariam discursando a partir de um mesmo lugar. Dessa forma, aqueles que perturbavam a ordem social seriam enviados para o “xadrez” da cadeia ou para o “xadrez” da Santa Casa de Misericórdia. É pertinente considerar que, no século XIX, a cidade de São João del-Rei era considerada um polo urbano por ser a “Cabeça da Comarca do Rio das Mortes” e, assim, lugar privilegiado para a aplicação de um discurso jurídico, além de ter a Santa Casa da Misericórdia e, por isso, lugar ideal para a aplicação de um discurso provedor/caritativo. É importante dizer que, além das celas da prisão, os cômodos onde os alienados ficavam na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, costumeiramente, recebiam a denominação de “xadrezes”.

De acordo com Alvarenga (2009), já existia no início do século XIX a lei de 1º de outubro de 1828, que atribuía às Câmaras Municipais o dever de velarem pela manutenção dos estabelecimentos de caridade, reafirmando, assim, o papel misto – privado e público – das Santas Casas .

Podemos afirmar que a Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei recebia alienados de todo o Estado de Minas e de alguns outros lugares. Assim, Pereira (1999) afirma que, em Ouro Preto, não havia uma casa ou acomodação para loucos, o que corrobora nossa afirmação anterior de que a Santa Casa de Ouro Preto não chegou a prestar assistência a alienados. Os loucos daquela cidade e região eram encaminhados para a Comarca do Rio das Mortes – São João del-Rei. A citação a seguir refere-se à fala do administrador da Ordem Policial de Vila Rica para a Administração Política da Comarca do Rio das Mortes, confirmando a importância do trabalho da Santa Casa de São João del-Rei na assistência aos alienados:

Achando-se recolhido à cadeia desta Cidade o louco de nome Joaquim Dias Leite, remetido do arraial da Itabira do Campo, e não havendo nesta cidade casa ou acomodação para loucos, conto a V.Sa se será possível a admissão do mesmo na Casa de Misericórdia dessa cidade, onde consta que há acomodação para os doidos, *com que prestará*



*esse estabelecimento um serviço à administração, além de exercer mais um ato de caridade...* [itálico nosso] (Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, 1894)

Percebe-se nesse pedido de encaminhamento para que um “louco” seja acolhido, mas não se interpela apenas para as ordens administrativas ou jurídicas. Nele está exposto o apelo ao aparato caritativo, à “boa ação”, o apelo a uma “Misericórdia Divina” que na terra será respondido se o pedido for aceito. Pereira (1999) se remete à *stultifera navis* (Foucault, 2012) e lembra que, como na Idade Média, quando os loucos em sua barca eram enviados de um lado para o outro, aqui se fez o mesmo. Os loucos eram remetidos de uma cidade a outra até que fossem aceitos ou que encontrassem um destino final. No século XIX, o ritual se manterá; eles serão enviados pelo discurso jurídico e recebidos pelo aparato caritativo-hospitalar.

Com relação ao trabalho realizado nos “xadrezes”, nos cômodos para doidos, ou nos anexos para onde os alienados eram enviados, buscava-se certa ordem, uma direção da cura de sua alienação, “o estabelecimento completo do uso de sua razão, porque assim será útil à sua cidade e sua família” (Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, 1885). Percebe-se diante disso que, na Santa Casa, havia uma perspectiva de cura para o alienado. Contudo, a necessidade de cura não era vista em benefício próprio do sujeito, que não tinha lugar, nem desejo nesse momento. A sua cura seria em benefício de sua família e da sociedade. Da mesma forma, quando se iniciaram na Europa os primeiros trabalhos em “prol” do louco, Foucault (2012) coloca que seria a família a principal instância a se proteger com a internação dos loucos.

Podemos ver, a partir da citação a seguir, a demanda que havia em São João del-Rei para que os loucos fossem internados na Santa Casa, em seu hospício propriamente, uma vez que, devido à falta de espaço, muitos loucos furiosos eram levados diretamente para os “xadrezes” da cadeia e, não havendo como serem recebidos na Santa Casa, padeciam nas cadeias sem qualquer tipo de tratamento.

... A mesa administrativa tem empenhado todos os esforços para ampliar este hospício, ampliando esta que demanda despesas superiores aos recursos do Hospital que está anexo esse hospício. É com pesar que esta Administração vê-se na triste contingência de presenciar as cadeias municipais cheias desses infelizes por não encontrarem lugar no hospício, tornando muito mais deplorável sua situação, pois, quando chegam a ser admitidos, pouco podem aproveitar porque a miséria já esgotou as forças do organismo.... ou a sua estada na cadeia os irrita pela violência e com rapidez precipita as fases da alienação mental passada ao estado crônico incurável de modo que vem tomar lugar sem resultado para a cura. (Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, 1888)

Com isso, essa ida para a cadeia impossibilitava a cura. Enviá-los para a Santa Casa não chegaria a reverter tal “estado crônico”, o que demonstra a necessidade de uma abordagem mais ampla e

específica para tal situação, o que se pode ver que já era questionado em fins do século XIX, no interior de Minas Gerais.

Como já citamos em outra oportunidade, diversas eram as referências sobre a questão dos alienados nas reuniões da Mesa-Administrativa da Santa Casa de São João del-Rei, envio de ofícios a políticos, ao governo, todas solicitando auxílios para melhora do espaço dedicado aos alienados. Em resposta a uma dessas solicitações, em 10 de julho em 1873, a Mesa-Administrativa recebeu da Diretoria Geral das Obras Públicas da Província de Minas Gerais, sediada na cidade de Ouro Preto, a autorização e o envio de verba para a construção de seu próprio Hospital de Alienados, como está escrito na autorização encontrada no acervo da Santa Casa de São João del-Rei. Esta carta autoriza a construção de um prédio independente da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e específico para o cuidado dos alienados. Como consta anexo ao ofício seguiam a planta e o orçamento da obra. A da Mesa-Administrativa do dia 1 de julho de 1872 cita que foi o engenheiro Carlos Copsey quem apresentou um plano e o orçamento das obras projetadas para o Hospício de Alienados da Santa Casa. Já no ano seguinte, na data de 12 de julho de 1873, o irmão tesoureiro João Rodrigues de Melo teria ficado autorizado a dar início às obras do Hospital de Alienados, de acordo com a planta e orçamento já aprovados pelo Presidente da Província, que teria autorizado a verba de dez contos de réis dividida em prestações mensais de um conto de réis.

Contudo, embora o Governo da Província de Minas Gerais houvesse liberado a verba para a construção do Hospital de Alienados, os pagamentos não se sucederam conforme o acordo. Foram inúmeras tentativas de recebimento da verba, até mesmo de adiantamento por parte do provedor da Santa Casa, que manteve por sua própria despesa o início da construção até que fossem regularizados os envios pelo Governo. Contudo, não se tem informação se, de fato, a construção chegou a ser iniciada. Outra verba chegou a ser autorizada pelo Governo pela Lei de n. 50, de 30 de junho de 1893<sup>44</sup>; dessa vez, para os hospitais de São João del-Rei e de Diamantina. Entretanto, no início do século XX, especificamente em janeiro de 1907, todas as verbas para a Santa Casa de São João del-Rei e Diamantina foram suprimidas pelo Estado.

A assistência aos alienados em Minas Gerais foi criada pela Lei Estadual de n. 290, de 16 de agosto de 1900, e regulamentada pelo Decreto n. 1.519, de 21 de fevereiro de 1903, anterior à Lei Nacional de assistência, regulamentada pelo Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que é a primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental. Embora a Lei Nacional trate de uma reorganização da assistência a alienados, que até então era direcionada por decretos,

---

<sup>44</sup> Esta lei está transcrita no início do capítulo 7 da presente dissertação.

demonstra-se a observância do Estado de Minas Gerais nas questões de atendimento a demanda de cuidado aos alienados naquele período.

Outro ponto que demonstra a preocupação das vilas e cidades Mineiras com os cuidados à saúde foi, segundo Roberto Machado et al. (1978), o pedido que as Câmaras Municipais Mineiras teriam realizado ao Conselho Ultramarino pedindo a criação de uma faculdade de medicina que elas mesmas manteriam. Solicitação que foi negada, em razão ao claro controle da Coroa Portuguesa no sentido de proibir a autonomia da colônia. Fato que só foi alterado a partir de 1808, com a vinda da família real e a criação de faculdades de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia.

Em seu livro *Danação da Norma*, Roberto Machado et al. (1978), ao relatarem a experiência do nascimento da medicina social e da psiquiatria no Brasil, parecem ter uma visão negativa das SCM. É nesse ponto que reiteramos que suas análises se concentram apenas sobre a SCM do Rio de Janeiro, um caso muito particular de Misericórdia no Brasil, como todas as outras. Contudo, após todas as explicações sobre as Misericórdias mineiras e, principalmente sobre apresentação das Santas Casas de São João del-Rei e de Diamantina, não acreditamos que as experiências das SCM mineiras tenham sido negativas como colocam os autores. A nosso ver, o fator principal que diferencia a SCM do Rio de Janeiro da SCM de São João del-Rei<sup>45</sup>, por exemplo, é o fato de nesta haver a presença de um médico responsável por todos os tratamentos dispensados na Santa Casa, inclusive aos alienados desde o ano de 1817; ao contrário da SCM do Rio de Janeiro, que até o ano de 1889, esteve claramente sobre a autoridade das irmãs de caridade, de acordo com Roberto Machado et al. (1978) – como foi o caso do Hospício da Diamantina, onde o cuidado dispensado aos alienados era administrado também pelas irmãs de caridade, que seriam pagas para realizarem seus trabalhos. Já os médicos se ofereciam caritativamente em prol do atendimento aos alienados, fator que, segundo Magnani (2008), impedia que se tivesse um serviço sistemático no atendimento aos internos do hospício, embora a sociedade diamantinense pleiteasse a participação cada vez mais ativa e irrestrita dos médicos no hospício e na Santa Casa de Caridade.

Outra questão que nos faz pensar na diferença entre as SCM de São João del-Rei e do Rio de Janeiro é em relação ao cuidado dos militares. No hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro, o envio de militares chegou a ser evitado pelo reino, devido à quantidade de mortes e de deflagração de doenças nos soldados que ali ficavam, o que ocasionava grandes despesas para o reinado. Fato que fez com que o Hospital de Militares fosse construído. Já a Misericórdia de SJDR não chegou a

---

<sup>45</sup> Os cuidados aos alienados na santa Casa de SJDR não contou com a ajuda das irmãs de caridade desde seu início, pois estas só vieram para a Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei no ano de 1889, mesmo ano em que as irmãs de caridade deixaram a SCM do Rio de Janeiro.

ser um lugar evitado pelos militares, uma vez que consta em seus arquivos cartas de agradecimento das autoridades militares pelo bom cuidado prestado aos seus soldados.

Sobre a questão da relevância do atendimento nas SCM em Minas Gerais, um ponto importante apresentado durante a pesquisa foi a preponderância que algumas irmandades e ordens religiosas exerceram na vida associativa e caritativa das cidades e vilas mineiras nos séculos XVIII e XIX; isso fez com que as SCM ficassem em segundo plano. Esse foi o caso da cidade de Ouro Preto, já que, mesmo criada em 1735, a sua Misericórdia ficou durante décadas relegada a segundo plano da vida associativa. Já, nas cidades de São João del-Rei e de Diamantina, suas Misericórdias tiveram forte apoio das irmandades existentes naquelas regiões, fato que, com certeza, possibilitou o sucesso das Santas Casas dessas cidades, favorecendo a associação das irmandades da Misericórdia nas questões relativas à saúde e à caridade, assim como a sua afirmação entre a população daquelas localidades.

Magnani (2008) afirma que, se a Santa Casa de São João del-Rei foi a primeira instituição a ter leitos para pacientes “enfermos da razão”, a Santa Casa de Diamantina construiu o primeiro prédio de hospício, em Minas Gerais, separado de seu Hospital. Ainda, sim, é importante ressaltar que a Santa Casa de São João del-Rei não teve leitos disponíveis para os alienados, como em um tratamento ambulatorial: a eles cabiam pequenos espaços, casas separadas do hospital da Misericórdia. “Anexo”, talvez, seria a melhor denominação. Entretanto, havia também o desejo, o estudo e a autorização para a construção de um prédio próprio para os alienados. Fato que só não chegou a ser concluído, porque o mesmo governo que aprovou sua construção rescindiu o contrato, impossibilitando, assim, a autonomia daquela região na manutenção e, quem sabe, na construção de uma nova vertente da história mineira de assistência aos alienados. Ainda sim, isso não deixou de ser uma história importante para entender os caminhos da loucura no Brasil e, especificamente, em Minas Gerais.

A construção do hospício de Diamantina foi parte de um processo modernizador que aconteceu na cidade no final do século XIX; para a compreensão disso, porém, faz-se necessário considerar a relação da cidade moderna com a apropriação da loucura por meio do hospício. Entender o Hospício da Diamantina em toda a sua complexidade e magnitude exige uma análise mais ampla em relação à cidade de Diamantina e seu desenvolvimento urbano multifacetário que possibilitou a chegada do saber médico (Magnani, 2008), embora graves dificuldades tenham sido enfrentadas em relação ao público que era atendido. Se em São João del-Rei os alienados faziam parte do público alvo da Santa Casa desde o início, com alguma possibilidade de tratamento, em Diamantina, os alienados não eram bem vistos na Casa de Caridade, nem ao menos faziam parte do desejo de ser

acolhidos. Esse fato culminou com a construção do Hospício da Diamantina e que, ainda sim, teve extrema dificuldade para se separar o que deveria ser atendido pelo saber médico e o que deveria ser atendido pelo saber caritativo.

A imponência do prédio do Hospício da Diamantina, para a época, foi motivo de orgulho para os diamantinenses. Segundo Magnani (2008), pode-se afirmar que foi o primeiro hospício de alienados de Minas Gerais, mesmo que em São João del-Rei tenham havido os primeiros leitos psiquiátricos em hospital geral de Minas Gerais. Aqui, rebatemos essa afirmação sobre os leitos novamente. De acordo com todas as informações levantadas, havia sim uma apropriação da loucura na Santa Casa de São João del-Rei, mas acreditamos que não tenha sido de forma ambulatorial, com a disponibilidade de leitos, mas em espaços separados dos demais tratamentos ali desenvolvidos. É importante ressaltar que o próprio Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, considerado o primeiro hospício de alienados do país, foi um anexo adaptado à Santa Casa de Misericórdia. Era a SCM do Rio de Janeiro quem administrava o Hospício Pedro II.

Segundo Oda e Dalgarrondo (2005), as divisões específicas para os insanos dentro das Casas de Caridade em todo o país eram situações que, durante todo o século XIX, precederam a construção de hospícios como hospitais de alienados. Essas divisões muitas vezes eram chamadas de quartos fortes, de casas fortes ou de casinhas de doudos, contudo, nada tinham do *status* de um hospital de alienados. Eram apenas dispositivos que tinham como objetivo a contenção dos furiosos. Não concordamos plenamente com essa afirmação, uma vez que tanto na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, quanto no Hospício da Diamantina, acreditamos ter indícios e documentos suficientes que provam que essas estruturas serviram muito além de um simples depósito de alienados ou de contenção para furiosos. Havia, sim, uma sistemática de atendimento e, inclusive, de tratamento.

O Hospício da Diamantina, por exemplo, de sua planta até a sua prática efetiva de atendimento aos alienados estaria ancorado em concepções médicas modernas, o que, de acordo com Magnani (2008), o aproximaria, pelo menos em intencionalidade, ao hospício europeu descrito por Foucault (2012). Já em relação à Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei, acrescentamos que seus anexos não eram como os quartos fortes ou as casinhas de doudos, descritos por Oda e Dalgarrondo (n.d.) e citados por Magnani (2008). Podemos afirmar que, nos anexos disponíveis para alienados em São João del-Rei, havia uma prática médica que desejava cura. O que podemos observar nos seus livros de entrada e saída de pacientes era que havia uma porcentagem de pacientes registrados com entrada no hospital devido a suas monomanias, fúrias ou demências, mas havia registrada também a saída de alguns destes pelo motivo de cura.

Não estamos afirmando aqui que o tratamento desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei e no Hospício da Diamantina fosse o melhor. Contudo, estamos afirmando a necessidade de reconhecimento dessa assistência na historiografia brasileira que trata da saúde mental. Diante de todo o exposto, acreditamos que o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, não pode ser considerado o único em tratamento aos alienados sem levarmos em consideração todo o movimento que ocorreu em Minas Gerais, sobretudo nas cidades que compõem a Estrada Real. Da mesma forma, porém, na outra ponta do século, está o Hospício da Diamantina, uma inovação, um prédio que, até hoje, mostra-se exuberante em sua construção e estrutura. O projeto de construção e intenção do Hospício da Diamantina não pode ser relegado a um passado inóspito do Vale do Jequitinhonha.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fim dos projetos de assistência aos alienados, tanto em São João del-Rei quanto em Diamantina, tem sua resposta na construção do Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em 1903. Segundo Magnani (2008), essa construção teve o duplo intuito, de centralizar os recursos que eram destinados a várias Santas Casas e ao Hospício da Diamantina e, por outro, de acordo com a política descentralizadora da República, fazer com que o Estado arcasse, ele próprio, com os seus problemas sanitários (Magro Filho, 1992). A criação do Hospício de Barbacena coincidiu ainda com a primeira lei dos alienados no Brasil, também de 1903. Foi com essa lei que a psiquiatria passou a ser a maior autoridade sobre a loucura, de fato e de direito. Foi, assim, que o Estado passou a ter o poder, desde que resguardado pela psiquiatria, de sequestrar e isolar o louco, alienando-o de seus direitos em nome de uma defesa coletiva e de uma liberdade individual. Minas Gerais entraria em sintonia com o pensamento nacional por meio do Decreto n. 1.579, de 21 de fevereiro de 1903. Dessa maneira, ou os loucos eram enviados ao Hospício de Barbacena, muitas vezes sem a possibilidade de retorno, ou voltavam para as ruas (Magnani, 2008), já que as Santa Casa de São João del-Rei e o Hospício da Diamantina afirmavam não ter como se manter sem o subsídio que recebiam do Governo para o cuidado dos alienados e para a manutenção de suas estruturas.

Percebe-se, assim, que a atuação da religião no processo de acolhimento dos alienados em Minas Gerais se deu de forma muito específica. A “Misericórdia” esteve presente nessa atuação não apenas sob a presença das irmãs de caridade e de suas práticas, muitas vezes ressalvadas pela Igreja Católica, mas também, e muito, por meio da prática de leigos, de pessoas que não tinham uma vida sacerdotal ou eclesiástica, mas que levavam muito a sério as premissas das 14 obras de caridade, assim como todo o legado que as irmandades carregavam consigo. Percebe-se, ainda, que foi por meio deste legado religioso, muitas vezes privado, que as políticas públicas em torno da assistência social e da saúde puderam se desenvolver, levando em conta toda a sua trajetória medieval, clássica e moderna para os dias atuais. Aqui, fica uma lição: nada se faz novo, segue-se uma trajetória já iniciada.

É claro que ainda existem lacunas a se sanar e a presente pesquisa aponta outros elementos para que se possa alcançar suas respostas. Sabemos que, apesar de todo o trabalho realizado durante a pesquisa, nem todas as questões suscitadas, foram respondidas. Como todo trabalho realizado no campo da História, quando tentando descortinar um acontecimento, muitos elementos novos são encontrados, porém, nem todos são respondidos. Porém, a contribuição presente vai além dos

objetivos iniciais da pesquisa; cria-se novos elementos e novas questões que são importantes para a “história da loucura” no Brasil.

Outra questão a ser abordada futuramente, a partir da riqueza de dados encontrada, é a quantidade de nomenclaturas relacionada a situação dos loucos nas Santas Casas de São João del-Rei, na Santa Casa de Caridade de Diamantina e no Hospício da Diamantina. Existe um rol de nomenclaturas e de frases específicas que podem nos dizer sobre a forma em que os loucos eram tratados, pensados e imaginados. Acredita-se que essas nomenclaturas condizem com toda a especificidade e envolvimento do acolhimento aos alienados daquelas instituições.

E, finalmente, ficam as questões sobre como seriam exatamente os serviços prestados na Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei aos alienados? E no Hospício da Diamantina? Que política de assistência foi preponderante, quais tratamentos, terapêuticos? O caminho delineado pela Estrada Real trouxe os mesmos privilégios ou as mesmas possibilidades de emancipação para as cidades por ela percorrida em termos de assistência à saúde e aos alienados? A presença da “Misericórdia” perdurou nos tratamentos aos alienados, já doentes mentais, no seguir do século XX? E hoje, as comunidades terapêuticas, cada vez mais a “brotar” no espaço social, trazem resquícios desses antigos tratamentos? Enfim, são muitas as questões que se abrem e, a partir delas, podemos construir ainda outras pautas para a discussão da história da política de assistência aos alienados em Minas Gerais. Lacunas, histórias, discursos, representações, todas envoltas em um discurso provedor e caritativo, que, embora privado, fosse também público, possibilitando, assim, muitas singularidades no território mineiro da Estrada Real.



**REFERÊNCIAS**

- Albuquerque Júnior, D. M. de. (2004). *A história em jogo: a atuação de Michel Foucault no campo da historiografia*. Anos 90, Porto Alegre, v. 11, n. 19/20, p.79-100, jan./dez.
- Alvarenga, L. de M. (2009). *História da Santa Casa da Misericórdia de São João del Rei (1783-1983)*. Belo Horizonte: Gráfica Formato.
- Araújo, M. M. L. de. (2005). Hospitais reais. In J. V. Capela (Coord.). *As freguesias do Distrito de Viana do Castelo nas Memórias Paroquiais de 1758*. Alto Minho: Memória, História e Patrimônio. (pp. 651-652). Braga: Casa Museu de Monção/Universidade do Minho.
- Brant, J. F. de A. (1871, 1872, 1887, 1888, 1893, 1897, 1899.). *Relatórios da Santa Casa de Caridade de Diamantina*. Diamantina: Acervo da Santa Casa de Caridade de Diamantina.
- Burton, R. F. (1941). *Viagens aos planaltos do Brasil. Do Rio de Janeiro a Morro Velho*. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional.
- Calaes, G. D.; Ferreira, G. E. (2009). A Estrada Real e a transferência da corte portuguesa: Programa Rumys – Projeto Estrada Real / Eds. - Rio de Janeiro: CETEM / MCT / CNPq / CYTED, 230 p. - ISBN 978-85-61121-48-8
- Cardoso, C. F.; Vainfas, Ronaldo. (1997). *Domínios da história*. Rio de Janeiro. Campus.
- Castro, H. História Social. In Cardoso, C. F.; Vainfas, Ronaldo. (1997). *Domínios da história*. Rio de Janeiro. Campus.
- Carvalho, C. V. (2005). A situação das Santas Casas de Misericórdia. Biblioteca digital da Câmara dos Deputados. Brasília.
- Coelho, R. S. (1973). Primeira unidade psiquiátrica em hospital-geral no Brasil. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São João del-Rei*, 4-9.
- Barros, J. A. (2004). Os Campos da História – uma introdução às especialidades da História. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.16, p. 17 -35, dez. - ISSN: 1676-2584.

- Decreto n. 1.132.* (1903, 22 de dezembro). Reorganiza a Assistência a Alienados. Diário Oficial da União, seção 1.
- Decreto n. 1.519.* (1903, 21 de fevereiro). Aprova o regulamento que organiza a Assistência de Alienados. [s.n.].
- Deleuze, G. (2006). Foucault. Ed. Brasiliense, 6ª ed. São Paulo.
- Dolinski, J. P. (2011). A Arqueologia foucaultiana e suas contribuições para a Historiografia. *Interseções* [Rio de Janeiro] v. 13 n. 2, p. 370-395, dez.
- Duarte, M. N. (2011). Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) – 1977. In A. M. Jacó-Vilela (Coord). *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil.* (pp. 100-103). Rio de Janeiro: Imago.
- Facchinetti, C. (2011). Hospital Nacional de Psicopatas – 1927-1943. In A. M. Jacó-Vilela (Coord). *Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil.* (pp. 250-252). Rio de Janeiro: Imago.
- Fernandes, A. C. (2002). *Códigos, casimiras e confissões. Urbanização e vida cotidiana em Diamantina no final do século XIX.* Belo Horizonte: UFMG.
- Fernandes, L. A. (2009). *As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira 1922-1945.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora, Évora.
- Firmino, H. (1982). *Nos porões da loucura* (2a ed.). Rio de Janeiro: Codecri.
- Foucault, M. (2012). *História da Loucura* (9a ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2008) Arqueologia das ciências e História dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense universitária (Ditos e escritos, 2).
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder.* (4 ed). Rio de Janeiro: Graal.
- Franco, R. (2011). *Pobreza e caridade leiga – as Santas Casas de Misericórdia na América portuguesa.* Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gravíssimo.* (1983, 30 ago.). O aprendiz, 2.2767, 2, [s.n.].

- Khoury, Y. A. (Coord.). (2004). *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (fundadas entre 1500 e 1900)* (2a ed.). São Paulo: Imprensa Oficial/Cedic.
- Le Goff, J. (2005). *São Francisco de Assis*. Rio de Janeiro: Record.
- Lei n. 4.* (1836, 12 de fevereiro). Aprova os estatutos da Santa Casa de Caridade de Diamantina, mas não encontrei nenhuma outra referência sobre ela. [s.n.].
- Lei n. 50.* (1893, 30 de junho). A primeira lei (estadual) que faz referência aos alienados no Estado de Minas Gerais, que determina a concessão de auxílio aos hospícios de São João del-Rei e Diamantina. Minas Gerais, Secretaria do Interior, Ouro Preto.
- Lei n. 290.* (1900, 16 de agosto). Cria no Estado a Assistência de Alienados e contém outras disposições a respeito. [s.n.].
- Luccock, J. (1942). *Notas sobre o Rio de Janeiro e partes meridionais do Brasil. Tomadas durante uma estada de dez anos, de 1808 a 1818*. São Paulo: Livraria Martins.
- Machado, J. da M. (1876). *Relatório da Santa Casa de Caridade da Cidade de Diamantina no ano Compromissal de 1875 a 1876*. Diamantina: [s.n.].
- Machado, R. (2009). *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Machado, R. et al. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Magnani, M. C. A. O. (2008). *O Hospício da Diamantina 1889-1906*. Rio de Janeiro: [s.n.].
- Magro Filho, J. B. (1992). *A tradição da loucura: Minas Gerais, 1870/1964*. [s.n.].
- Martins, M. L. Martins. (2000). A presença da fábrica no “grande empório do Norte”: surto industrial em Diamantina entre 1870 e 1930. In *9 Seminário sobre a Economia Mineira* (pp. 281-304). Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Massimi, M. (1994). Considerações gerais sobre psicologia e história. *Temas em Psicologia*, (3), 19-26.

- Massimi, M. (2005). *Palavras, almas e corpos no Brasil colonial*. São Paulo: Loyola.
- Massimi, M. (2006). Psicologia e cultura na perspectiva histórica. *Temas em Psicologia*, 14, (2), 177-187.
- Moretzsohn, J. A. (1989). *História da psiquiatria mineira*. Belo Horizonte: COOPMED.
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarondo, P. (2005, set./dez.). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, 12(3), 983-1.010.
- Paiva, José Pedro (coord.) *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, 8 vols., Lisboa, 2002-.
- Paiva, I. M. P., SIQUEIRA, M. P. S. A irmandade e a Santa Casa da Misericórdia do Espírito Santo. *Revista Agora, Vitória*, nº2, 2005, p. 1 – 26
- Pedro II, D. (1881). *Diário de viagem do imperador a Minas* (v. XVII). [s.n.].
- Pereira, H. R. (1998). Loucos e esquadrinhadores na sociedade sanjoanense oitocentista: a dimensão do temor no universo racional. Monografia de fim de curso Pós-Graduação Lato Sensu História de Minas Gerais – Século XIX. FUNREI – Fundação de Ensino Superior de São João del Rei.
- Pereira, H. R. (1999). *A segurança em xeque: A loucura no xadrez da cadeia e do hospital*. Monografia de Especialização, ESMIG/FHEMIG, Barbacena-Belo Horizonte.
- Rago, M. (1995). O efeito-Foucault na historiografia brasileira. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 7(1-2): 67-82, outubro.
- Rodrigues, J. A. (1859). Apontamentos da população, topografia e notícias chronologicas de São João del-Rei. [s.n.].
- Russell-Wood, A. J. R. (1967). O governo local na América Portuguesa: um estudo de divergência cultural. *Revista de História*, 55(28), 25-79.
- Russell-Wood, A. J. R. (1981). *Fidalgos e filantropos – a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: EdUNB.

Sá, I. dos G. (1997). *Quando o rico se faz pobre: Misericórdias, caridade e poder no império português*. Lisboa: CNCDP.

Sá, I. dos G. (2001). *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel a Pombal*. Lisboa: Livros Horizonte.

Sá, I. dos G. (2008). *História breve das misericórdias portuguesas: 1498-2000*. (pp. 7-64). Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra.

Santos, J. F. dos. (1884). *Relatório do Ano Compromissório de 1883 a 1884 do Hospital de Santa Isabel*. Diamantina: [s.n.].

Salgueiro, E. M. (2009). Michel Foucault: uma crítica historiográfica em a Arqueologia do Saber. *Revista História em Reflexão*: Vol. 3 n. 6 – UFGD - Dourados jul/dez.

*Um pouco de Caridade* (1897, 13 mar.) *O Município*, 248.947. 3, [s.n.].

Veiga, J. P. X. da. (1998). *Efemeridades mineiras 1664-1897*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro.

Veyne, P. (2008). *Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história*. Brasília: UNB.

Viana, J. M. & Cirino, O. (1984). *Da ortopedia mental aos meninos de Barbacena. Uma perspectiva histórica da Assistência Pública à Saúde Mental Infantil, em Minas Gerais*. Trabalho elaborado para o II Congresso internacional de Saúde Mental Infantil. Rio de Janeiro.

**ANEXO A – Santas Casas de Misericórdia do Brasil, por ano de criação, até o séc. XIX**

<b>Ano de Criação</b>	<b>UF</b>	<b>Cidade</b>	<b>Entidade</b>
1. 1539	PE	Olinda	Santa Casa de Misericórdia da Vila de Olinda
2. 1543	SP	Santos	Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos
3. 1545	ES	Vitória	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
4. 1549	BA	Salvador	Santa Casa de Misericórdia da Bahia
5. 1560	SP	São Paulo	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
6. 1564	BA	Ilhéus	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus
7. 1582	RJ	Rio de Janeiro	Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
8. 1585	PB	João Pessoa	Santa Casa de Misericórdia da Paraíba
9. 1622	MA	São Luís	Santa Casa de Misericórdia do Maranhão
10. 1650	PA	Belém	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
11. 1730/1735	MG	Ouro Preto	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto
12. 1765	SC	Florianópolis	Irmandade do Senhor Jesus dos Passos
13. 1767	AL	Penedo	Santa Casa de Misericórdia de Penedo
14. 1778	BA	Santo Amaro	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro
15. 1783/1817	MG	São João del Rei	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São João del Rei
16. 1790/1831	MG	Diamantina	Irmandade Santa Isabel
17. 1792	RJ	Campos dos Goitacazes	Santa Casa de Misericórdia de Campos
18. 1803	SP	Sorocaba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba
19. 1812/1832	MG	Sabará	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sabará
20. 1814	RS	Porto Alegre	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
21. 1822	RJ	Parati	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paraty
22. 1826	BA	Cachoeira	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira
23. 1830	BA	Nazaré	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Nazaré
24. 1834	MG	Campanha	Irmandade de Nossa Senhora do Patrocínio
25. 1835	PR	Paranaguá	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá

26. 1835	RJ	Resende	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Resende
27. 1835	RS	Rio Grande	Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande
28. 1836	RJ	Angra dos Reis	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Angra dos Reis
29. 1837	RJ	Cabo Frio	Irmandade de Santa Izabel da Caridade de Cabo Frio
30. 1838	RJ	Valença	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valença
31. 1840	SP	Itu	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itu
32. 1844	MG	Pitangui	Santa Casa de Misericórdia de Pitangui
33. 1847	RS	Pelotas	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas
34. 1850	SP	Jacareí	Santa Casa de Misericórdia de Jacareí
35. 1850	SP	Guaratinguetá	Irmandade Senhor dos Passos e Santa Casa de Misericórdia de Guaratinguetá
36. 1852	MG	Barbacena	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Barbacena
37. 1852	PR	Curitiba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
38. 1852	RJ	Vassouras	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vassouras
39. 1854	MG	Itabira	Irmandade Nossa Senhora das Dores
40. 1854	MG	Juiz de Fora	Irmandade de Nosso Senhor dos Passos e Misericórdia de Juiz de Fora
41. 1854	SP	Piracicaba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba
42. 1854	SP	Ubatuba	Irmandade do Senhor dos Passos de Ubatuba
43. 1855	RS	São Gabriel	Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel
44. 1855	SC	Laguna	Irmandade Senhor Bom Jesus dos Passos
45. 1857	AL	Maceió	Santa Casa de Misericórdia de Maceió
46. 1858	PE	Recife	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife
47. 1859	BA	Feira de Santana	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana
48. 1859	RJ	Barra Mansa	Irmandade da Misericórdia da Barra Mansa
49. 1860	BA	Valença	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Valença
50. 1860	SP	Campinas	Irmandade de Misericórdia de Campinas
51. 1861	CE	Fortaleza	Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia da Fortaleza
52. 1862	RS	Jaguarão	Santa Casa de Caridade de Jaguarão
53. 1863	SP	Pindamonhangaba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba

54. 1864	MG	Passos	Irmandade de Misericórdia de Passos
55. 1865	MG	Lavras	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Nossa Senhora das Dores de Lavras
56. 1867	SP	Lorena	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Lorena
57. 1867	SP	Mogi Mirim	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Mirim
58. 1871	MG	Montes Claros	Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros
59. 1872	RJ	Macaé	Irmandade de São João Batista de Macaé
60. 1872	RS	Alegrete	Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete
61. 1873	RJ	São João da Barra	Irmandade de São João Baptista da Barra
62. 1873	SP	Mogi das Cruzes	Santa Casa de Misericórdia de Mogi das Cruzes
63. 1873	SP	São Roque	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque
64. 1874	RS	Bagé	Irmandade da Santa Casa de Caridade de Bagé
65. 1874	SP	Bragança Paulista	Irmandade do Senhor Bom Jesus dos Passos da Santa Casa de Misericórdia de Bragança Paulista
66. 1875	MG	Oliveira	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira
67. 1876	SP	São Luís do Paraitinga	Santa Casa de Misericórdia de São Luís do Paraitinga
68. 1876	SP	Taubaté	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Taubaté
69. 1879	SP	São João da Boa Vista	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros” de São João da Boa Vista
70. 1880	AM	Manaus	Santa Casa de Misericórdia de Manaus
71. 1880	MG	Sete Lagoas	Irmandade Nossa Senhora das Graças
72. 1885	BA	Juazeiro	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro
73. 1885	MG	Araxá	Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá
74. 1885	SP	Casa Branca	Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca
75. 1885	SP	Rio Claro	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro
76. 1886	MG	Rio Preto	Irmandade de Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Rio Preto
77. 1888	SP	Limeira	Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de Limeira
78. 1889	MG	Caldas	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Caldas
79. 1890	MG	Mar de Espanha	Sociedade de Caridade de Mar de Espanha – Santa Casa de Misericórdia



80. 1890	RS	Santa Vitória do Palmar	Santa Casa de Misericórdia de Santa Vitória do Palmar
81. 1890	SP	Amparo	Santa Casa Ann Cintra
82. 1891	SP	São Carlos	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos
83. 1892	BA	Amargosa	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Amargosa
84. 1892	MG	São Gonçalo do Sapucaí	Santa Casa de Misericórdia de São Gonçalo do Sapucaí
85. 1893	MG	Formiga	Santa Casa de Caridade de Formiga
86. 1893	SP	Botucatu	Misericórdia Botucatuense
87. 1893	SP	Jauú	Irmandade de Misericórdia de Jauú
88. 1894	MG	Andrelândia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Andrelândia
89. 1894	MT	Cuiabá	Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá
90. 1894	SP	Descalvado	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Descalvado
91. 1895	SP	São Paulo	Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro
92. 1895	SP	Tatuí	Santa Casa de Misericórdia de Tatuí
93. 1896	PI	Parnaíba	Santa Casa de Misericórdia de Parnaíba
94. 1896	SP	Itapetininga	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itapetininga
95. 1896	SP	Ribeirão Preto	Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto
96. 1896	SP	Sertãozinho	Irmandade de Misericórdia de Sertãozinho
97. 1896	SP	Tietê	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Tietê
98. 1897	MG	Itajubá	Santa Casa de Misericórdia de Itajubá
99. 1897	RS	Uruguaiana	Santa Casa de Caridade de Uruguaiana
100. 1897	SP	Franca	Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca
101. 1898	SP	Capivari	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Capivari
102. 1898	SP	São José dos Campos	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos
103. 1899	MG	Belo Horizonte	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
104. 1899	MG	Itapeçerica	Congregação das Irmas de São João Batista
105. 1899	RJ	Barra do Piraí	Casa de Caridade Santa Rita
106. 1899	SP	Itapeva	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itapeva
107. 1899	SP	Itapira	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itapira
108. 1899	SP	Itatiba	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itatiba

**ANEXO B – Santas Casas em Minas Gerais, por ano de criação**

<b>Ano de Criação</b>	<b>UF</b>	<b>Cidade</b>	<b>Entidade</b>
1. 1730/1735	MG	Ouro Preto	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto
2. 1783/1817	MG	São João del Rei	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São João del Rei
3. 1790/1831	MG	Diamantina	Irmandade Santa Isabel
4. 1812/1832	MG	Sabará	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sabará
5. 1834	MG	Campanha	Irmandade de Nossa Senhora do Patrocínio
6. 1844	MG	Pitangui	Santa Casa de Misericórdia de Pitangui
7. 1852	MG	Barbacena	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio de Barbacena
8. 1854	MG	Itabira	Irmandade Nossa Senhora das Dores
9. 1854	MG	Juiz de Fora	Irmandade de Nosso Senhor dos Passos e Misericórdia de Juiz de Fora
10. 1864	MG	Passos	Irmandade de Misericórdia de Passos
11. 1865	MG	Lavras	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Nossa Senhora das Dores de Lavras
12. 1871	MG	Montes Claros	Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros
13. 1875	MG	Oliveira	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Oliveira
14. 1880	MG	Sete Lagoas	Irmandade Nossa Senhora das Graças
15. 1885	MG	Araxá	Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá
16. 1886	MG	Rio Preto	Irmandade de Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Rio Preto
17. 1889	MG	Caldas	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Caldas
18. 1890	MG	Mar de Espanha	Sociedade de Caridade de Mar de Espanha – Santa Casa de Misericórdia
19. 1892	MG	São Gonçalo do Sapucaí	Santa Casa de Misericórdia de São Gonçalo do Sapucaí
20. 1893	MG	Formiga	Santa Casa de Caridade de Formiga
21. 1894	MG	Andrelândia	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Andrelândia
22. 1897	MG	Itajubá	Santa Casa de Misericórdia de Itajubá
23. 1899	MG	Belo Horizonte	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
24. 1899	MG	Itapecerica	Congregação das Irmas de São João Batista