

Doença e sentimento: diagnósticos de melancolia no manual *Psiquiatria Clínica e Forense*

Disease and feeling: diagnoses of melancholy in the *Psiquiatria Clínica e Forense* manual

Thayna Alves Rocha

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da
Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo.

Resumo: A historiografia da cidade de São Paulo na primeira metade do século XX desvela a medicalização das relações sociais por meio da normatização dos corpos, dos temperamentos, incluindo, dos sentimentos. Diante dos achados da escrita da História, este artigo objetiva uma análise entre doença e sentimento a partir de diagnósticos de melancolia publicados na segunda edição do manual *Psiquiatria Clínica e Forense* de Antonio Carlos Pacheco e Silva. Por meio da Análise de Discurso, o documento permite identificar o impacto de discursos médicos no sentir de determinados grupos. Os resultados parciais desvelam que a patologização dos sentimentos melancólicos, interações e interdições de pessoas que manifestavam emoções nocivas, eram abrandadas entre os ricos e tratadas com rigor entre os menos afortunados.

Palavras-chave: História da Saúde e das Doenças; Melancolia; São Paulo.

Abstract: The historiography of São Paulo city in the first half of the twentieth century unveils the medicalization of social relations through bodies normalization, temperaments, above all, feelings. In view of the findings of the writing of History, the objective is a analysis between disease and feeling based on diagnoses of melancholy published in the second edition of the *Psiquiatria Clínica e Forense* handbook by Antonio Carlos Pacheco e Silva. Through Discourse Analysis, the document allows to identify the impact of medical discourses on the feel of certain emotional communities. Partial results reveal that the a patologization of melancholic feelings, hospitalizations and interdictions of people who manifested emotions considered harmful, were softened among the rich and theated with rigor among the less fortunate.

Keywords: History of Health and Diseases; Melancholy; Sao Paulo.

Introdução

A epistemologia histórica do sentimento evidencia o estudo das emoções como essencial para a compreensão das condições e relações humanas por serem ingredientes da vida social, instrumentos de sociabilidade. Estudiosos do tema afirmam que para analisar os sentimentos do passado deve-se considerar suas características específicas, pois cada comunidade social possui em sua estrutura uma definição de emoções julgadas como valorosas ou danosas para si e para o coletivo (ROSENWEIN, 2011; SANT'ANNA, 2013). Neste sentido, observa-se que certas sociedades, em determinados tempos históricos, associam alguns sentimentos como danosos à saúde

humana, considerando-os, às vezes, como patológicos.

Partindo deste quadro, o presente artigo analisa as relações entre doença e sentimento por meio dos diagnósticos de melancolia encontrados no compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951), de autoria de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1989), renomado médico paulistano do século XX, expoente da Psiquiatria de cunho eugenista, com atuação em políticas de saúde, especialmente, durante as décadas de 1920 a 1940, como presidente da Liga Paulista de Higiene Mental – LPHM e da Associação Psiquiátrica Brasileira. Diretor de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil, o Juquery, sucessor do primeiro diretor, organizador e ex-professor Francisco Franco da Rocha (1864-1936), sua trajetória perpassa a política paulista como Deputado Estadual e Federal pelo Partido Constitucionalista – PC e professor universitário quando, em 1936, assume a Cátedra de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.

O *corpus* documental em análise foi publicado pela primeira vez em 1940, pela Companhia Editora Nacional. Objetivava-se constituir-se como material aos alunos de Medicina e Direito, visto haver poucos materiais que englobassem o quadro nosográfico que tanto preocupava a elite paulistana, pois as consideradas “estirpes taradas” punham em perigo a ordem e o progresso mirado pela proposta de modernização da cidade (COSTA, 1979; CUNHA, 1986; TARELOW, 2015). Assim sendo, o manual remonta casos dos quais Pacheco e Silva, em parceria com outros médicos, atuou durante sua carreira como psiquiatra.

No livro, são destacadas diversas “doenças mentais” estudadas e classificadas pela Psiquiatria, alinhando-se, sobretudo, ao positivismo e organicismo presente no período, os quais remontam ideais iluministas de ciência e progresso. Sucesso editorial, conquistou atenção da comunidade médica e jurídica, por esse motivo, ganhou uma segunda edição em 1951, pela editora Renascença, ano em que o livro foi premiado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

Considerando o impacto da prática médica na reformulação da vida urbana paulistana, inclusive nas definições do sentir durante a primeira metade do século XX, buscou-se refletir sobre as seguintes questões: de que maneira o estado melancólico é descrito no manual *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951)? Quais as relações entre doença e o sentimento de melancolia na cidade de São Paulo no período mencionado?

Os resultados parcialmente obtidos foram interpretados pela História do Sentimento, seguindo o conceito de “comunidades emocionais” abordado pela historiadora Barbara H. Rosenwein (2011), que compreende essas comunidades como “grupos sociais cujos membros aderem às mesmas valorizações sobre as emoções e suas formas de expressão” (ROSENWEIN, 2011: 7). A historiografia do sentimento sublinha as emoções como sendo coletivas e específicas em cada comunidade social (SIQUEIRA, 1976; ROSENWEIN, 2011), analisadas como práticas sociais e políticas (MARTINS, 2012), o que permite observar a historicidade da melancolia, as relações deste estado emocional como patológico na São Paulo da primeira metade do século XX.

O intuito é colaborar com os debates acerca da depressão, das repercussões históricas da doença e seus efeitos na vida social, bem como analisá-la no âmbito da saúde pública, devido altos índices de casos no Brasil no passado e presente. A necessidade de abordar a temática

remonta ao *tabu* existente em torno das emoções, o que colabora para a disseminação de psicofobias, que estigmatizam e marginalizam pessoas que não compartilham os mesmos padrões emocionais, no caso, diagnosticados como desviantes, anormais, doentios, ainda que atravessados pela origem social, pois aos ricos a cura.

Acabrunhados, delirantes e ansiosos: diagnósticos de melancolia no manual *Psiquiatria Clínica e Forense*

A historiografia de São Paulo destaca as amplas transformações que caracterizaram a passagem do século XIX e primeira metade do século XX. Observa-se que as mudanças impactaram a vida pública e privada da população, o que influenciou diretamente a mentalidade dos paulistanos, sobretudo, da elite emergente, ascendente de ricas famílias cafeicultoras ou grupos que enriqueceram com a vida moderna, revelada pelos fluxos econômicos, sempre em crescente movimento, de pessoas e negócios.

Neste bojo, da mesma forma que muitos obtiveram lucro, muitas outras pessoas não, seja em consequência do aumento exponencial da população na cidade, que gerou ampla concorrência por trabalho, levando à miséria e à vulnerabilidade diversas famílias que buscavam na cidade a felicidade a partir de melhores oportunidades de vida – como egressos das áreas rurais, imigrantes e negros recém libertos (SEVCENKO, 1992) –, o que, por sua vez, pode ter sido um condicionante ao sentimento de tristeza, solidão, desamparo que circunscrevem o cenário social ou a pauliceia. Ainda que os pobres sejam os mais afetados, registros indicam a existência dos humores tristes nas classes abastadas.

Os resultados do processo de modernização da cidade implicavam a organização de políticas públicas de saúde, as quais ditavam comportamentos no sentido de recondicionar os corpos em função dos ditames da ciência e do progresso (MOTA, 2005; COSTA, 1979). As políticas higienistas e sanitaristas colaboram à formação e reestruturação do núcleo familiar como destaca Jurandir Freire Costa (1979) descreve como a influência dos discursos médicos na vida privada, na intimidade do lar, reorganiza a construção dos temperamentos e dos corpos considerados saudáveis pela prática médica, isto é, como essas exigências consternavam a saúde mental dos indivíduos expostos aos diagnósticos de melancolia. O método empregado amparado na Análise do Discurso destaca a medicina como normatizadora dos sentimentos humanos como dispositivo de poder.

Estudos referentes aos sentimentos tristes perpassam a história da humanidade, podendo ser encontradas da Antiguidade Clássica à Contemporaneidade (SANT'ANNA, 2013; CORDÁS; EMILIO, 2017). Denise Bernuzzi Sant'Anna, afirma que “[...] a depressão é uma experiência antiga, mas os modos de interpretá-la, diagnosticá-la e tratá-la foram incessantemente modificados no decorrer do tempo e de acordo com cada cultura.” (2013: 101). Desta forma, como a historicidade da melancolia atravessou a experiência social vivida na cidade de São Paulo no decorrer da primeira metade do século XX? De que maneira a medicina vigente diagnosticava a melancolia ou psicose maníaco-depressiva?

Afrânio Peixoto (1876-1947) foi quem desenvolveu as primeiras leituras acerca da doença

no país no início do século XX, baseando-se na obra de Kraepelin. Posteriormente, o psiquiatra Juliano Moreira (1873-1933) “[...] inscreveu de maneira sistemática o paradigma psiquiátrico de Kraepelin na totalidade do campo da Psiquiatria no Brasil [...]” (BIRMAN, 2010, p. 346). Tais estudos sublinham uma renovação na Psiquiatria, pois o alienismo, oriundo da tradição francesa, perde espaço para a tradição alemã, que se tornou hegemônica durante muitas décadas na prática psiquiátrica no país. Sobre os estudos que englobam a melancolia, observa-se que

[...] ao longo do século XX, o espaço concedido ao tema da depressão aumentou exponencialmente nos meios de comunicação de massa. Artigos sobre os graus e perfis dos deprimidos, suas distinções em relação às tristezas, mágoas e melancolias enfatizaram de modo crescente uma importante passagem: o século XX foi uma época privilegiada para o ingresso de diversas tristezas para o terreno científico e farmacológico. (SANT’ANNA, 2013: 101)

Dentre as publicações médicas que abarcam os escritos sobre as melancolias encontra-se o manual *Psiquiatria Clínica e Forense* que colaborou para a disseminação de informações que sustentavam as práticas médico-legais na cidade de São Paulo (MOTA, 2005), reforçando a autoridade médica no processo de modernização da metrópole que perpassa toda a primeira metade do século XX, sobretudo entre as décadas de 1920 e 1930.

Os diagnósticos situados no manual marcam o caráter organicista e eugenista em vigência na Psiquiatria paulistana, sobretudo, as preocupações presentes em desenvolver uma identidade nacional no combate aos “loucos”, “degenerados” e “anormais” (SOUZA CAMPOS, 2003). O projeto de regeneração da raça se daria a partir das práticas médicas e psiquiátricas como esterilizações compulsórias, interdição de bens dos alienados, internações e imposição de tratamentos terapêuticos na medida em que “as mazelas da sociedade derivavam da hereditariedade das ‘raças menos desenvolvidas’” (TARELOW, 2015: 265). Dentre os 52 capítulos, 50 casos e 66 fotografias, que “ilustram” diversas “doenças mentais”, encontram-se diversas referências ao estado melancólico, inclusive, a existência do capítulo “Psicose maníaco-depressiva” que indica a patologização da melancolia.

Pacheco e Silva, no tópico 1, do capítulo em que aborda a psicose maníaco-depressiva, apresenta brevemente o histórico e o conceito da doença, demonstrando a preocupação de diversos especialistas da área da saúde mental, daquele período, em sistematizar e compreender o estado melancólico. Porém, sua escrita evidencia a proposta de Émil Kraepelin (1856-1926) para desenvolver os diagnósticos de melancolia, pois foi “[...] quem reuniu os síndromos mania e melancolia num só síndrome, criando a psicose maníaco-depressiva.” (PACHECO E SILVA, 1951: 331). É categorizado no manual três formas de melancolia, são elas: simples, delirante e ansiosa.

A melancolia simples é caracterizada por Pacheco e Silva como a mais frequente entre os adoecidos pela melancolia, seus sintomas concernem em “[...] tristeza mitigada, desânimo e abatimento” (PACHECO E SILVA, 1951: 333). Este “atacado de melancolia”, como descrito no documento, apresenta em seu comportamento desinteresse por tudo, mesmo pelas coisas que antes lhe eram importantes, além do permanente acabrunhamento. São comuns os sentimentos de angústia, inquietude e lamentações devido à situação vivenciada, do qual o paciente conside-

ra ser irremediável.

Afirmava-se que, nesta forma, o melancólico dorme pouco, sua pele torna-se amarelada ou terrosa por consequência da icterícia e anemia. Também é associado a este estado o isolamento social e o descuido com as vestes, da mesma forma que não dá atenção para aqueles que buscam de alguma forma distrair o doente (PACHECO E SILVA, 1951). Portanto, é indicado que na melancolia simples, não se encontra “[...] distúrbios sensoriais ou idéias delirantes. O raciocínio é perfeito, conquanto o doente dê demonstração de pessimismo injustificado e de grande desânimo” (PACHECO E SILVA, 1951: 335).

No estado delirante, entretanto, além dos sintomas descritos na melancolia simples, há outros que intensificam o caso. Destaca-se tristeza profunda, indecisão, movimentos lentos e apatia na medida em que o enfermo acredita estar em grande ruína física, mental, sobretudo, moral, com hábitos de autoacusação e autoculpa. A melancolia delirante possuiu esse nome devido sintomas que levam às alucinações nas quais os melancólicos diziam ouvir som de vozes agressivas e ameaçadoras, cheiros que relatam sentir como “de carne podre” e outros, como a decomposição de seus próprios órgãos ou o coágulo do seu sangue (PACHECO E SILVA, 1951).

A melancolia ansiosa é descrita pela dominância de ansiedade, angústia e inquietude geradora da instabilidade motora do enfermo. Em um dos casos analisado o médico relata “[...] não cessa de gemer, de se lastimar” (PACHECO E SILVA, 1951: 336). Acreditou-se que na melancolia ansiosa eram comuns “delírios hipocondríacos” caracterizando essa especificidade como Síndrome de Cotard, em que há uma sistematização em torno das ideias de negação. Nas palavras do médico, “surtem então as ideias chamadas de megalomelancolia, que levam o paciente a se julgar o mais infame dos homens, o maior devedor do mundo, o mais indigno dos seres.” (PACHECO E SILVA, 1951: 336).

No tópico em que aborda o tratamento de doentes de psicose maníaco-depressiva, no que diz respeito ao estado melancólico, afirma que “o tratamento hospitalar se impõe, máxime quando o doente apresenta ideias de suicídio.” (PACHECO E SILVA, 1951: 338), situação exposta no caso de número 43, intitulado “Levantamento de interdição. Parecer favorável visto haverem cessado os motivos de incapacidade.”, da paciente nomeada pelo documento de “Dona A. B. A. B.”, qualificada como sendo uma senhora de 64 anos, branca, brasileira, viúva, residente à Alameda Barão do Rio Branco, localizado em bairro de elite da cidade de São Paulo. Diagnosticada como melancólica em 1929, Dona A. B. A. B., foi recolhida para o Instituto Paulista, “[...] depois de vários abalos morais, por agitação psicomotora, sucedendo-se forte depressão, com ideias de suicídio [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 659). Em 1930, o advogado e procurador de seu falecido marido entrou com pedido de interdição dos bens da mulher, que ficou internada no Instituto Paulista até 20 de outubro de 1931, data em que foi direcionada ao Sanatório Pinel, em Pirituba, espaço nosocominal designado a pacientes pagantes. A paciente ficou internada até 1935, quando recebeu alta e retomou a vida, segundo seu laudo, “reestabelecida”.

Além dos sintomas indicados, o manual ainda busca evidenciar as expressões fisionômicas dos adoecidos pela melancolia por meio do quadro fotográfico composto por cinco fotografias que focalizam rostos de quatro homens e uma mulher, compreendidos no documento como sendo “atacados de melancolia”, como é possível analisar:

Figura 1 – “expressão fisionômica de cinco doentes atacados de melancolia”



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951: 334)

A historiografia consultada demonstra que imagens fotográficas foram utilizadas como uma forma de tornar acessíveis pessoas consideradas celebridades. Assim, retratos dessas pessoas eram postas lado a lado em álbuns para comparação, de modo que “defeitos e qualidades físicas eram ressaltados, suas expressões, postura corporal e roupas eram avaliadas” (LIMA; CARVALHO, 2009: 30). Com esta mesma finalidade, o quadro dos “atacados de melancolia” pretendeu apontar as formas de expressão da doença nas faces das pessoas.

Difundida como provedora concreta de evidências, as fotografias foram amplamente utilizadas pela medicina como mecanismo de registro de manifestações de enfermidades, deformidades físicas, procedimentos cirúrgicos, instalações hospitalares e categorização das doenças mentais (LIMA; CARVALHO, 2009), como objetivado pelas imagens fotográficas dos melancólicos.

A interpretação da disposição das fotografias no quadro permite, também, identificar a hierarquia social incentivada na sociedade, visto que na primeira fileira encontram-se homens brancos, no centro e abaixo destes, a imagem da mulher, também branca, e por último, dois ho-

mens negros, estes últimos considerados inferiores, resquícios do período escravocrata. Além destes aspectos, vale ressaltar o desalinho do vestuário e dos cabelos, rostos baixos, ombros caídos e olhares tristes expressando a dor moral, o que caracteriza a personificação da doença nos corpos dos enfermos, ou “atacados” dela.

Como as fotografias médicas utilizadas para registrar as manifestações de enfermidades, muitas vezes eram posadas (ROSENWEIN, 2011), supõe-se que as pessoas fotografadas e expostas no quadro que desvela as feições associadas à melancolia, podem ter sido, deste modo, também posadas. Estudos sobre os sentimentos afirmam que “[...] emoções são, entre outras coisas, marcas sociais [...]” (ROSENWEIN, 2011: 38), assim como práticas sociais e políticas (MARTINS, 2012). Logo, mesmo que o quadro exponha emoções encenadas, deve-se levar em consideração a reação padrão da expressão do sentimento dentro da comunidade emocional e social da qual se insere, deste modo, os interesses políticos de grupos poderosos que idealizava a comunidade social paulistana, levando em conta os processos específicos de modernização que a metrópole passava, sobretudo entre as décadas de 1920 e 1930, que compreendia as manifestações dos sentimentos tristes como nocivas ao avanço da “raça de gigantes” (WESTEIN, 2006).

Estudos históricos sobre fotografias afirmam que seu uso é importante, pois constroem narrativas visuais. A contribuição da semiologia para estudos de documentos fotográficos sublinha “[...] a ideia de que a imagem constitui um discurso” (LIMA; CARVALHO, 2009: 43), desvelando, por meio delas, relações sociais e culturais inseridas em uma “arena de poder”. Posto isto, o quadro dos atacados de melancolia revela o impacto dos discursos médicos que visavam à normatização e ao controle dos corpos e sentimentos. A interpretação das fotografias expostas no capítulo “Psicose maníaco-depressiva”, permitiu analisar que serviam para revelar a manifestação da melancolia, visando facilitar possíveis diagnósticos por meio das comparações fisionômicas.

Além das expressões fisionômicas que poderiam caracterizar a doença, no diagnóstico da psicose maníaco-depressiva, Pacheco e Silva ainda afirma que algumas das características da síndrome podem assemelhar-se à “demência precoce”. O estado depressivo confundia-se com as formas depressivas da paralisia geral, exigindo um exame neurológico e do líquido céfalo-raqueano para distinguir e esclarecer a qual doença o paciente é acometido, fazendo valer sua formação e interesse médico voltados para a psicocirurgia (TARELOW, 2013). São acrescentados, no capítulo, os estados mistos de melancolia como mania, afirmando a coexistência das síndromes em algumas situações. A evolução da doença se caracterizaria ora por fortes crises maníacas, ora por melancólicas podendo tornar-se crônica em indivíduos com idades mais avançadas. A análise, até então desenvolvida da fonte, não permite identificar em quais gêneros a melancolia e seus tipos são mais frequentes, ainda que permita supor que mulheres tenham mais tendência aos referidos “distúrbios das emoções”, como, por exemplo, a “hiperemotividade”.

Descrições sobre o estado depressivo, encontrados em outros capítulos do manual de Pacheco e Silva (1951), apresentam outros transtornos como em uma das formas de parafrenias e neurastenia (psicastenia). O estado melancólico poderia ser observado também em alguns alcoólatras como descrito no capítulo “Psicose Heterotóxicas”, no qual o médico indica que afetados pelo álcool “[...] caem em depressão, num estado de grande tristeza e acabrunhamento,

chorando, lamuriando-se e buscando confidentes para as suas mágoas.” (PACHECO E SILVA, 1951: 245).

Em “Demência Precoce (Esquizofrenia)” a melancolia é analisada no caso nº 7, intitulado “Demência precoce. Fratricídio praticado no chamado período médico legal.”, que narra o exame médico de José Buc., qualificado pelo documento como “[...] 32 anos, solteiro, sírio, natural de Ass-Baia (Síria), procedente de Araraquara [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 288). Motivado pela preocupação da possível desonra de sua família, causada pela irmã, Salma, decide matá-la. Na prisão, os sentimentos de melancolia apresentam-se com constantes crises de choro, tornando José Buc. habitualmente tristonho e cabisbaixo, o que levou a tentar o suicídio durante a reclusão.

O suicídio comum aos “atacados de melancolia”, principalmente na melancolia ansiosa, é apresentado em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951) no capítulo “Suicídio Normal e Patológico, Relações Médico-legais entre o Suicídio e o Seguro de Vida”. Para o autor, a anulação da vida decorria, sobretudo, da melancolia ansiosa. Sendo assim, “[...] o melancólico, capacitado de sua ruína física, intelectual e moral, convicto da situação irremediável em que se acha, não vê, senão na morte, a solução para seus padecimentos” (PACHECO E SILVA, 1951: 576). Em outros momentos do manual, a melancolia é observada como sintoma de distúrbio emocional, como descrita no capítulo “Da Emoção e seus Distúrbios”, compreendida como consequência dos sentimentos humanos que influenciam a saúde mental.

Os achados acerca da melancolia e de sintomas que marcam o sentimento triste no manual de Pacheco e Silva e revelam a relação entre o sentimento de tristeza e doença. Suas materializações fabricaram discursos que associavam a simples expressão de sentimentos tristes, como algo relacionado à anormalidade e insanidade, mesmo que, em diversas situações, os pacientes sequer possuíssem sintomas de depressão de fato. Desta forma, a imposição da felicidade como hábito saudável fabrica a sociedade paulistana do período como “raça de gigantes”.

Doença e sentimento: a patologização da tristeza na cidade de São Paulo

A produção do discurso, como aborda Foucault, “[...] é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos [...]” (1999: 9). Através das palavras, dos discursos – especialmente, de grupos que possuíam maiores autoridades, como os homens da ciência, os médicos, categorizavam-se os perigos sociais, as ações e pessoas danosas à ordem e progresso, no caso, focalizadas como desejadas para a cidade de São Paulo na primeira metade do século XX. Os sentimentos, assim como os temperamentos e os tipos físicos, passaram pela normatização e medicalização dos espaços e corpos que agitavam a cidade nos frementes anos 1920 e 1930.

Partindo deste quadro, percebe-se que o discurso médico classificava os estados emocionais saudáveis e não saudáveis como responsável por delimitar sentimentos aceitáveis ou não, devidos interesses de padronizar a vida e as relações na sociedade paulistana, excluindo aqueles que não se enquadravam nas normas (CUNHA, 1986; SEVCENKO, 1992; MOTA, 2005), descartando a variedade de culturas e crenças dos grupos que viviam na cidade. Evidencia-se, neste bojo,

por parte dos grupos no poder, e disseminada pela prática médica, a valorização e associação da felicidade como sentimento saudável, enquanto tristeza tornar-se-ia patológica ou, como definido por Denise Bernuzzi Sant'Anna (2013), compreendida como sentimentos de “mal viver”. Principalmente quando o indivíduo se opunha aos padrões e normas pautadas no higienismo vigentes, como no caso de Dona A. B. A. B., uma senhora rica, que apresentou sentimentos de apatia, indiferentismo, desapego aos filhos, a falta de fé e a perda de vontade de fazer coisas que antes causavam felicidade, emoções consideradas anormais, principalmente a uma mulher pertencente à elite higienicamente tratada, não por acaso, reabilitada. Porém, é permitido refletir que, apesar de ter sido tratada em uma clínica privada e seu laudo demonstrar tratamento respeitoso e uma melhora, não quer dizer que a paciente não tenha sofrido nas instituições com as terapias empregadas, visto que os relatórios médicos expostos no manual buscam indicar a importância da medicina psiquiátrica na vida social, não evocando a narrativa direta da paciente.

A associação do sentir à saúde foi amplamente difundida pela Psiquiatria no período em que o compêndio de Pacheco e Silva foi publicado. Sentimentos de tristeza, indiferença ou apatia, eram altamente relacionados às doenças mentais, em alguns casos, perigosas para o avanço e progresso da sociedade paulistana. O caso 23, nomeado como “Neurastenia. Depressão psíquica. Parecer contrário à internação” constrói a narrativa individual de um senhor rico indicado pelo diagnóstico como “E.” e evidencia, justamente, a cultura dos sentimentos enraizada na comunidade paulistana do período, posto que a família do examinado levantou pedido de interdição de seus bens, devido ao comportamento considerado atípico do senhor.

E. é qualificado no documento como “inglês, nascido no Brasil e aqui residente, solteiro, de 73 anos de idade, capitalista, mora atualmente à rua X [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 416). Em seu exame somático destaca-se que “o examinado foi sempre considerado como *esquisitão* por algumas pessoas da própria família. Retraído, era pouco dado a frequentar a sociedade” (PACHECO E SILVA, 1951: 417). Ao descrever o estado mental do qual o paciente encontrava-se, o médico afirma que “[...] seu estado afetivo revela um certo grau de abulia, que é essa indiferença pelos negócios, a inércia e incapacidade de resolver-se a sair, a mover-se” (PACHECO E SILVA, 1951: 418).

Como preconizado pela Psiquiatria do período, as doenças eram normalmente hereditárias, todavia, o diagnóstico de Pacheco e Silva sobre E., demonstra uma relação do estado melancólico como normal na medida em que o mesmo era “[...] oriundo direto de uma raça em que o *spleen*¹ é fenômeno tão frequente” (PACHECO E SILVA, 1951: 418). A ascendência inglesa de E., segundo escritos do manual, possuía predisposição à melancolia, ao pessimismo e a misantropia, mas sem os atavismos dos quadros degenerativos comuns aos tipos rudes como os miscigenados, justificativas que contrariam a interdição do examinado, pois diagnosticado como “[...] nevropata, sujeito às oscilações de depressão psíquica e abulia, mas não é louco” (PACHECO E SILVA, 1951: 420).

Como elucidado por Sant'Anna “[...] a expressão das emoções depende das expectativas de

1. A palavra *spleen* em inglês significa “baço”, referenciando o órgão de produção da bile negra, o termo faz alusão ao estado melancólico na teoria hipocrática-galena (SCLIAR, 2003). O termo se amplia no tocante à literatura poética em Charles Baudelaire (1821-1867) que no livro intitulado *O Spleen de Paris: pequenos poemas em prosa* passa a ser associado a um estado reflexivo e poético de tristeza e melancolia.

cada época e cultura.” (2013: 103), ou seja, revela um sistema de sentimentos expressados por cada comunidade emocional. Desta forma, o exame do senhor E. desvela como o discurso médico, utilizado como mecanismo de poder, enraizou-se na vida privada de tal forma que as formas de expressão dos sentimentos do paciente eram entendidos pela família como patológicos e prejudiciais tanto ao examinado quanto ao progresso econômico da família, que considerou relevante o pedido de interdição dos bens de E..

Os casos de Dona A. B. A. B. e do senhor E. evocam histórias individuais de pacientes abastados, examinados por Pacheco e Silva e médicos parceiros. Observa-se nos registros a preocupação pela cura dos pacientes, assim como não são indicados aspectos considerados degenerativos, comuns às consideradas “estirpes taradas” (CUNHA, 1986; TARELOW, 2013), normalmente descritos nos diagnósticos de pessoas pobres, pretas, “mestiças” e alguns grupos de imigrantes, como os japoneses. Logo, por mais que os sentimentos fossem julgados como prejudiciais à saúde de ambos os pacientes expostos nos casos 43 e 23, ainda assim, a classe social permitiu maior assistência e, aparentemente, respeitosa, diferentemente do aplicado aos “loucos” e “degenerados” como o “Caso Nº 9 – Esquizofrenia. Homicídio altruísta.”, que evoca os crimes de Kadota M., um japonês, de 47 anos de idade que, no ano de 1926, “[...] eliminara, de uma só feita, tôda a sua família, composta da mulher e quatro filhos menores.” (PACHECO E SILVA, 1951: 300).

Como apontado no manual, o caso de Kadota M. ilustrou as páginas dos jornais da capital paulistana em 21 maio de 1926. Os crimes cometidos pelo japonês, qualificado pelo parecer exposto no manual como “[...] amarelo, viúvo, procedente de Peneápolis [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 302), demonstram que o homem assassinou sua esposa “T. K.” e seus quatro filhos, “S.”, “M.”, “J.” e “J.” – que tinham respectivamente 16, 14, 11 e 9 anos, por razões altruístas, isto é, “[...] homicídio em que o criminoso age com o intuito de beneficiar a sua vítima, convencido de que a eliminação é o único meio de evitar um fim pior que a morte.” (PACHECO E SILVA, 1961: 300).

O crime, ao que tudo indica, foi motivado pelo medo e tristeza em perder sua propriedade, um sítio do qual gerava o sustento da família e que, segundo suas declarações, estava sujeito à divisão, pois os documentos que lhe asseguravam à posse da propriedade não possuíam nenhum valor. Não querendo que a família sofresse, ou passasse por momento “desonroso”, acreditou que a morte seria a resolução de seus padecimentos futuros, o que o condicionou ao ato criminoso.

Como constatado quadro de insanidade pela polícia no momento da prisão, solicitou-se a submissão de Kadota M. a um exame mental. Os Doutores Mário de Andrade Bastos e Horácio Vieira de Melo, responsáveis pelo exame, registraram que “Pelos informações colhidas do paciente, verifica-se que o mesmo vivia feliz e satisfeito na sua pequena propriedade [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 301), até o momento em que a possibilidade de perder suas terras deixou Kadota M. e o restante de sua família num estado de aborrecimento, “[...] a ponto de interromperem, por tôda a semana, os seus trabalhos [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 301).

Kadota M. foi então removido para o Hospital de Juquery, dirigido por Pacheco e Silva. Na instituição foi colocado em camisa de força e tratado com morfina, recebendo o diagnóstico de “demência precoce”. Não há registro de saída, alta ou fuga do mesmo. Além dos crimes cometidos pelo homem e sua classe social, o que colaborou para o tratamento de Kadota M. na cadeia

e logo depois, no manicômio, também foi à associação da “raça amarela” compreendida como inferior pelo discurso médico, pois, segundo Gustavo Querodia Tarelou, ao tratar escritos de Pacheco e Silva, demonstra que o discurso médico acreditava que “[...] este povo era violento e imoral, dado o grande número de suicídios e de violência familiar naquele país.” (2013: 39).

Desta forma, o sentimento de desespero e de tristeza que levaram Kadota M. optar assassinar sua família para que não sofressem mais com a perda de seu sítio e passassem dificuldades, foi relacionado à demência precoce e seus crimes relacionados à sua nacionalidade. O que, novamente, demonstra a patologização dos sentimentos e a linha tênue que separava emoções de doenças no período, bem como revela o preconceito e desconhecimento da cultura japonesa ao que se refere à morte. Neste sentido, o morrer no Japão possui conotação diferente à cultura ocidental. Como destacado por Heidi Hirano, a morte e o processo de sepultamentos na cultura japonesa “[...] não há desespero nem desaprovação, mas sim, aceitação, pois ela é entendida como refúgio onde reina a harmonia perfeita [...]” (2015, p. 7). A morte é considerada algo honroso e valoroso para os japoneses, o que pode justificar o “homicídio altruísta” cometido por Kadota M..

Apesar da diferença das classes sociais dos quatro examinados, bem como seus feitos – vale dizer, que não cabe fazer juízo de valor –, algo em comum que permite a reflexão sobre a relação do estado melancólico, bem como os sentimentos tristes, como algo intolerável, tratado pela medicina paulistana da primeira metade do século XX como sintoma de doença. Sant’Anna (2013), ao evocar estudos de Pascal Bruckner, destaca que os sentimentos melancólicos (ou depressivos) contrariam as políticas, sobretudo de saúde, que exaltam a “euforia perpétua”, isto é, a felicidade como dever das massas. Assim sendo, mesmo que as consequências dos sentimentos tristes dos examinados tenham sido completamente diferentes, foram, de certa forma, julgadas a partir dos distintivos de raça e classe. Ora, em uma sociedade moderna, numa cidade em ampliação, industrialização, cidade-luz, que colaboraria por iluminar a América Latina (MOTA, 2005), quem ousaria ser infeliz senão os doentes atacados de melancolia, os “loucos”, “acabrunhados”, “delirantes” e “ansiosos” pretos e pobres?

A epistemologia histórica do sentimento demonstra que o estudo das emoções é importante, dado que os sentimentos fazem parte das interações humanas, colaborando para uma análise de determinados aspectos das comunidades sociais, de forma que “A História é cheia de ressurgimentos, de ressurreições sentimentais.” (SIQUEIRA, 1976: 566). As emoções, como afirmado por Sônia A. Siqueira (1976) são coletivas, abarcando diversos participantes, referenciado por Barbara H. Rosenwein (2011) como comunidades emocionais.

Neste sentido, a cidade de São Paulo, durante a primeira metade do século XX, constitui-se como comunidade emocional, porém, com um diferencial, visto a grande quantidade de pessoas e grupos de diversas culturas que se alocaram na cidade. De modo que não é possível analisar a metrópole paulista em desenvolvimento como uma única comunidade emocional, mas várias dentro de uma sociedade idealizada pela elite emergente e incentivada pelo discurso médico normatizador. Vale ressaltar, que reverberasse o cosmopolitismo anunciado, a geração de divisões, a felicidade imposta pela modernização sem mudança. Ou seja, hábitos comuns à elite constituíam um ideal de emoções consideradas certas e erradas, o que permite compreender

este grupo como uma comunidade emocional e, considerando seu poder social, impunha regras para o sentir do restante da sociedade paulistana.

Erving Goffman, ao discutir o conceito de estigma, pressupõe que “A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias [...]” (2008: 11). A análise preliminar do *corpus* documental permitiu identificar a categorização dos atributos tanto físicos quanto temperamentais indicados como saudáveis pela medicina psiquiátrica do período, incluindo os sentimentos. A imposição de sentimentos enobrecedores, que caracterizaram os paulistas como “raça de gigantes” colabora à disseminação de discursos segregadores, os quais estigmatizaram diversas pessoas, dentre estes, os tristes e melancólicos. Como inferido por Goffman (2008), as preconceções estabelecidas transformam-se em “expectativas normativas”, que configuram-se como “exigências” que se apresentam em caráter rigoroso, o que colabora para a disseminação de normas sociais que resultam na estigmatização daquele que não as seguem, como no caso da manifestação dos humores tristes, melancólicos.

Sentimentos saudáveis e não saudáveis eram ditados pela medicina higienista e eugenista do período, de forma que as relações sociais deveriam ser higienicamente tratadas e reguladas pela ordem médica estabelecida, como analisado por Jurandir Freire Costa (1979). Nesse bojo, a felicidade e a sua busca eram um dever, pois a cidade paulistana em modernização era um chamariz para novas possibilidades de vida (SEVCENKO, 1992; MOTA, 2005). Logo, a propaganda vendida para as pessoas naquele período, era de que São Paulo era o local para se encontrar a felicidade. Sobre o sentimento o jornalista e historiador Stuart Walton afirma que:

Do que a felicidade depende irredutivelmente, é de boa sorte. Ser feliz e ser abençoado com uma quantidade de “hap”, de “sorte” na vida, aquelas ocorrências fortuitas e venturosas que trazem contentamento, até êxtase. A própria palavra no inglês *happiness*, tem origem no nórdico arcaico *happ* e denota a qualidade de boa sorte. Possivelmente está relacionada com outro uso dialetal em que estar “hapt up in bed” é estar coberto com segurança, como uma vida encantada pelos acasos da fortuna. (2007: 349)

Percebe-se que a ideia de felicidade se refere à boa sorte, fortuna, bem viver e segurança. A historiografia de São Paulo demonstra a apropriação dos hábitos da burguesia como sinônimo de saúde e estes eram abençoados pela boa sorte e felicidade, de modo que, as pessoas que seguissem tais hábitos, seriam recompensadas pelos mesmos atributos. No entanto, vale dizer, como desvelado pelo material analisado, a felicidade exagerada poderia ser compreendida pela medicina psiquiátrica como um distúrbio das emoções, por exemplo, a “alegria mórbia”, discutida no capítulo “Semiologia da Afetividade”. Neste sentido, como tratado por Pacheco e Silva:

Conforme a constituição do indivíduo e as suas condições fisiológicas ou mórbidas, as reações emocionais podem deixar de se manifestar, ou se revelarem exageradas, diminuídas ou pervertidas. Quando há grande rebaixamento do nível intelectual ou grave comprometimento da esfera afetiva, com indiferença pronunciada pelo ambiente, verificar-se-á a privação completa ou a exteriorização mui fugaz das reações emotivas. (1951: 78-79)

A descrição dos distúrbios da emoção apresentadas no manual evoca a preocupação com as expressões exageradas, logo, intoleradas pela sociedade do período, mesmo que a felicidade seja compreendida como “bem viver”, o seu exagero poderia também ser entendido como doentio, dado que “em certas doenças mentais, a emotividade se encontra pervertida pela predominância de um estado afetivo [...]” (PACHECO E SILVA, 1951: 79). Sobre a atenção ao controle do sentir, Ana Paula Vosne Martins (2012) elucida as relações entre práticas sociais e políticas ao controle dos sentimentos, para que as emoções não coloquem em risco o desenvolvimento da sociedade, o que atravessa a preocupação com as formas de manifestação dos sentimentos na cidade de São Paulo no período que marcam os casos e diagnósticos expostos no manual. Dado as restrições do sentir como uma das ações necessárias para o avanço da sociedade paulistana, os tristes, acalunhados ou melancólicos foram inseridos no rol dos insanos.

As normas e os saberes médicos neste momento centralizavam os modos de conviver. O discurso médico era, sobretudo, político que, alinhado ao discurso higienizador e sanitarista, tornaram-se instrumentos capazes de inspirar submissão (MOTA, 2005). A concepção de um “homem paulistano” era constituída por um conglomerado de regras e normas que objetivavam este ideal. Os sentimentos estavam inseridos nessas novas normas que determinaram o novo homem paulistano, o que, por sua vez, pode ter incentivado um “regime emocional”. Barbara H. Rosenwein, evocando o trabalho de William Reddy, denota que “[...] ‘regimes emocionais’ que normalmente coincidem com regimes políticos, prescrevem as normas dominantes da vida social.” (2011: 41), o que força pessoas a expressarem sentimentos ou senti-los de maneiras restritas. O que, por sua vez, acaba por gerar “refúgios emocionais” que estimula um alívio ao sofrimento e liberação da restrição do sentir em vigência. É permitido supor que a prática do suicídio seja um desses refúgios.

Neste sentido, Jurandir Freire Costa, ao abordar a influência da educação moral pautada nos preceitos eugenistas e higienistas, indica que essas atitudes foram responsáveis por criar “[...] a figura do indivíduo contido, polido, bem educado, cuja norma ideal é o comportamento reprimido e disciplinado do *gentleman*, do *petit-bourgeois* europeu.” (1979: 14). Este sujeito, no entanto, acrescenta o autor, foi ensinado a reagir de modo intolerante a quaisquer falhas, seja dos próximos ou de si mesmo, acarretando em grande sofrimento psíquico, o que demonstra os regimes emocionais promovidos na sociedade naquele período.

As “censuras” dos sentimentos atravessam a historiografia da cidade de São Paulo na primeira metade do século XX, de modo que compreendendo a influência médica sobre a vida privada e social como ferramenta de normatização, objetivava estabelecer um tipo físico e comportamental humano. Normalmente associado ao padrão de vida burguês, definia as formas consideradas corretas e saudáveis de expressar emoções e as anormais e patológicas, estas últimas eram determinantes da insanidade, da loucura e degeneração, o que levava diversas pessoas a serem internadas ou interdidas, mesmo sem cometer qualquer crime previsto por lei. Como analisado nos casos, os sentimentos melancólicos, de tristeza, desespero, apatia, entre outros, que preocupam de maneira mais efetiva à medicina do período, eram associados explicitamente às patologias mentais, seja na forma de psicose maníaco-depressiva ou outras, como demência

precoce (esquizofrenia) e a neurastenia.

A História da Saúde e das Doenças, da medicina e das ciências biomédicas, como afirmam Gilberto Hochman, Luiz Antonio Teixeira e Tânia Salgado Pimenta, “[...] se integraram ao campo da história forjando novas agendas de pesquisa [...]” (2018: 9). Os estudos acerca destes eixos temáticos produzem um amplo diálogo instrumental teórico-metodológico com diversas áreas do saber, o que demonstra o caráter interdisciplinar (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 2011) que, segundo Norma Marinovic Doro, pode “[...] contribuir para compreender o ser humano e sua vida social” (2012: 136).

Considerações finais

Os estudos dos sentimentos demonstram como as expressões emocionais atravessam a história cultural, de modo que se constroem conforme as relações de poder, os interesses políticos econômicos. No caso da São Paulo da primeira metade do século XX, a reorganização dos sentimentos seria um meio de condicionar a sociedade ao avanço, à ordem e progresso e aquelas pessoas tristes afetariam o planejado, o que justificava interdições e internações compulsórias de homens e mulheres que expressavam tais emoções, desvelando as relações entre doença e sentimento. Tais discursos, por sua vez, permanecem na atualidade, visto que temas como depressão e suicídio são evitados pela sociedade e se apresentam com discursos psicofóbicos responsáveis por estigmatizar, excluir ou inferiorizar aqueles que sofrem com a doença, do mesmo modo que associam à doença a qualquer expressão de tristeza, compreendendo aquele que manifesta estes sentimentos como ingratos, loucos, exagerados, que afetam o desenvolvimento da sociedade.

Os achados do manual de Antonio Carlos Pacheco e Silva desvelam a fabricação de um discurso normatizador que pertencia ao objetivo da elite emergente de reformulação do espaço urbano paulistano, sobretudo durante a primeira metade do século XX. Ao que diz respeito aos sentimentos, o objeto permite identificar que a medicina psiquiátrica, pautada em preceitos eugenistas e higienistas objetivava não somente a padronização dos corpos e temperamentos, mas também as formas de manifestação dos sentimentos, o que indica certa censura no sentir. Posto isto, os sentimentos melancólicos e aqueles relacionados a este estado, como a apatia, a preguiça, a solidão, o desespero, o medo e até mesmo a “solteirice” ou o não carinho e zelo pelos filhos, eram entendidos pelo discurso médico psiquiátrico como danosos à saúde humana, como analisado pelos casos e diagnósticos presentes no manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, marcando as formas de expressão toleradas e intoleradas pela idealizada comunidade social paulistana.

Referência

BIRMAN, Joel. “A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 345-371, dez. 2010. Supl. 2.

CORDÁS, Taki Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. *História da Melancolia*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do Mundo: Juquery, a História de um Asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DORO, Norma Marinovic. As doenças na literatura dos viajantes. In: MONTEIRO, Yara Nogueira; CARNEIRO, Maria Tucci (Orgs.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012. p. 133-144.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. A gênese e formação do conceito de interdisciplinaridade. In: _____. *Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou ideologia*. São Paulo: Edições Loyola, 2011. p. 51-71.

FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. Aula inaugural do Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

HIRANO, Heidi. “O Suicídio na Cultura Japonesa”. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador, v. 2, n. 2, p. 6-16, 2015.

HOCHMAN, Gilberto; TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado. História da saúde no Brasil: uma breve história. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (Orgs.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. p. 9-26.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1976.

LIMA, Solange Ferraz de; CARVALHO, Vânia Carneiro de. Fotografias: usos sociais e historiográficos. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de (Orgs.). *O historiador e suas fontes*. São Paulo: Contexto, 2009. p. 29-60.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A Utopia Amorosa de Jules Michelet. In: BREPOHL, Marion; CAPRARO, André Mendes; GARRAFFONI, Renata Senna (Orgs.). *Sentimentos na História: linguagens, práticas, emoções*. Curitiba: Ed. UFPR, 2012. p. 154-181.

MOTA, André. A Paulicéia sob um Diagnóstico Sanitário. In: _____. *Tropeços da Medicina Bandeirante: Medicina Paulista entre 1892-1920*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005. p. 75-124.

PACHECO E SILVA, Antonio Carlos. *Psiquiatria Clínica e Forense*. São Paulo: Renascença, 1951.

ROSENWEIN, Barbara H. *História das Emoções: problemas e métodos*. São Paulo: Letra e Voz, 2011.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. "Entre o peso do corpo e o pesar da alma: notas para uma história das emoções tristes na época contemporânea". *História: Questões & Debate*, Curitiba, n. 59, p. 99-113, jul./dez., 2013.

SEVCENKO, Nicolau. *Orfeu extático na metrópole: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SIQUEIRA, Sônia A. "A Renovação da História: História dos Sentimentos". *Rev. Hist.*, São Paulo, v. 54, n. 108, p. 563-578, 1976.

SOUZA CAMPOS, Paulo Fernando de. *Os crimes de preto Amaral: representação da degenerescência em São Paulo 1920*. 2003. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2003.

TARELOW, Gustavo Querodia. *Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)*. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.

TARELOW, Gustavo Querodia; MOTA, Andre. "Eugenia, organicismo e esquizofrenia: diagnósticos psiquiátricos sob a lente de Antonio Carlos Pacheco e Silva, nas décadas de 1920-40". *Dimensões*, [S. l.], n. 34, p. 255-279, 2015.

WALTON, Stuart. *Uma história das emoções*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

WEINSTEIN, Bárbara. "Racializando as diferenças regionais: São Paulo X Brasil, 1932". *Revista Esboços*, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 281-303, 2006.

Artigo submetido em 05/05/2021

Aceito em 30/06/2021