

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas

Thayná Alves Rocha

**FABRICAÇÃO DA TRISTEZA: MELANCOLIA E SUICÍDIO NA
METRÓPOLE PAULISTA (1920-1930)**

SÃO PAULO
2022

Thayná Alves Rocha

**FABRICAÇÃO DA TRISTEZA: MELANCOLIA E SUICÍDIO NA
METRÓPOLE PAULISTA (1920-1930)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas. Bolsista CAPES.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos.

SÃO PAULO

2022

R571f Rocha, Thayná Alves.

Fabricação da tristeza: melancolia e suicídio na metrópole paulista (1920–1930) / Thayná Alves Rocha. — São Paulo, 2022.

221 p.: il., color.

Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) —
Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientador: Prof. Me. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos.

1. História. 2. Saúde. 3. Interdisciplinaridade I. Campos, Paulo
Fernando de Souza, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Thayná Alves Rocha

**FABRICAÇÃO DA TRISTEZA: MELANCOLIA E SUICÍDIO NA
METRÓPOLE PAULISTA (1920-1930)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos.

São Paulo, 19 de janeiro de 2023.

Banca examinadora

Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos (Orientador)

Prof. Dr. André Mota - Universidade de São Paulo - USP

Profa. Dra. Alzira Lobo de Arruda Campos - Universidade Santo Amaro - UNISA

Conceito Final: _____

*Para todos os corajosos que são chamados de
loucos por ousarem sentir.*

Agradecimentos

A presente pesquisa é cheia de “nós”. Não aqueles que prendem e que isolam, ao contrário. Refiro-me ao que etimologicamente deriva da palavra em latim *nostrum*, remetendo-se a “nosso”, pois a presente pesquisa é resultado das várias pessoas que atravessaram minha trajetória e que contribuíram para que este trabalho se materializasse. Sendo assim, agradeço imensamente ao Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos, pela orientação e amizade, por acreditar e acolher a mim e aos meus sonhos. Ao Grupo de Pesquisa Ciência, Saúde, Gênero e Sentimento, à equipe da revista *Pluralistas* e aos professores do Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Santo Amaro, por construírem um espaço que permitiu trocas de experiências e aprendizado. Muito obrigada aos funcionários do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial ao Gustavo Querodia Tarelow, por ter me recebido sempre com tanta gentileza, mas também pela amizade e por todas as conversas enriquecedoras e motivadoras. Com muito carinho agradeço ao meu companheiro, Jefferson Souza Silva, que me ouviu nos momentos de alegrias e tristezas, de aventuras e desventuras do processo que é pesquisar e escrever uma dissertação. Meu coração agradece grandemente o meu querido amigo e parceiro Lucciano Franco de Lira Siqueira, por todas as conversas e trocas que tornaram este trabalho possível, assim como pelas palavras sempre afetuosas e sábias que me acolheram nos momentos difíceis. Agradeço carinhosamente o Igor Rodrigues Alves, essa peça rara (re)encontrada no caminho, por dar graça e conforto aos momentos desafiadores no final do Programa e da escrita. Por terem me ensinado ao longo da vida o valor do conhecimento e me instigado às novas descobertas através da curiosidade, leitura e estudos, agradeço ao meu pai Marcus Vinícius Ramirez Rocha, minha mãe Grace Elly Alves e meu querido tio Antônio Roberto Alves (*in memoriam*). Agradeço à UNISA e à CAPES, que me possibilitaram acesso ao Mestrado graças à concessão de bolsas.

*Não existe amor em SP
Os bares estão cheios de almas tão vazias
A ganância vibra, a vaidade excita
Devolva minha vida
e morra afogada em seu próprio mar de fel
Aqui ninguém vai pro céu*

Criolo

RESUMO

A capital paulista, durante as primeiras décadas da República, reverbera narrativas promovidas pelas elites que a significava como centro moderno, cultural e econômico do país. Nesse cenário, o controle social das doenças, efetivado por ações higienistas e sanitaristas, invade a vida pública e privada criando diversas regras e padrões de convivência na urbe, estrategicamente usados para normatizar o viver na pauliceia. Os ideais republicanos em São Paulo, atravessados por modernizações científicas e tecnológicas, demarcam uma mudança nas concepções emocionais, inserindo-as nos debates e publicações médico-legais, pois os sentimentos ocupam posição de centralidade na vida social, intelectual e política da capital, forjando um novo sistema do sentir. Na cidade em ampliação, a promessa e o progresso material eram revelados pela alegria e pela felicidade impostas pela emergente paulistanidade. Dessa forma, os que não se enquadrassem nos padrões emocionais diagnosticados como saudáveis eram considerados imorais, anormais, doentios, pois inseridos no rol das insanidades encontram-se as tristezas e a morte voluntária. Diante desse quadro, a presente dissertação analisa a melancolia e o suicídio na cidade de São Paulo no decorrer dos anos 20 e 30 do século XX por intermédio do manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, escrito por Antonio Carlos Pacheco e Silva. Partindo desse material, os problemas que nortearam a pesquisa permitem caracterizar como a medicina analisa a melancolia e o suicídio, permitindo reconhecer como a medicina atravessa discursivamente os sentimentos melancólicos, o desejo de morrer na cidade de São Paulo, isto é, como diagnósticos médicos refletem a metrópole paulista em transformação em relação à fabricação da tristeza, da melancolia e do suicídio. O material empírico, tratado a partir das perspectivas do método Análise de Conteúdo, em específico, das categorias de análise *melancolia, suicídio, São Paulo*, interpretadas a partir dos pressupostos da história do sentimento, permitem considerar que as práticas médicas foram responsáveis não somente pela patologização, medicalização e medicamentação das emoções tristes ou das experiências sensíveis melancólicas, mas produziram um ideal de comunidade emocional ao definirem padrões que visaram normatizar e padronizar o viver e o sentir na sociedade paulista.

Palavras-chave: história do sentimento; história da saúde; interdisciplinaridade.

ABSTRACT

The capital city of São Paulo, during the first decades of the Republic, reverberated narratives promoted by the elites that signified it as a modern, cultural, and economic center of the country. In this scenario, the social control of diseases, effected by hygienist and sanitary actions, invaded public and private life, creating several rules and standards of coexistence in the city, strategically used to regulate the living in São Paulo. The republican ideals in São Paulo, crossed by scientific and technological modernizations, mark a change in the emotional conceptions, inserting them in the medico-legal debates and publications, as feelings occupy a central position in the social, intellectual and political life of the capital, forging a new system of feeling. In the expanding city, the promise and the material progress were revealed by the joy and happiness imposed by the emerging paulistinity. Therefore, those who did not fit into the emotional patterns diagnosed as healthy were considered immoral, abnormal, unhealthy, because included in the list of insanities are the sadness and voluntary death. In view of this picture, the present dissertation analyzes melancholy and suicide in the city of São Paulo during the twenties and thirties of the twentieth century through the manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, written by Antonio Carlos Pacheco e Silva. Based on this material, the problems that guided the research allow us to characterize how medicine analyzes melancholy and suicide, allowing us to recognize how medicine discursively traverses melancholic feelings and the desire to die in the city of São Paulo, that is, how medical diagnoses reflect the São Paulo metropolis in transformation in relation to the manufacturing of sadness, melancholy and suicide. The empirical material, treated from the perspectives of the Content Analysis method, in specific, the categories of analysis *melancholy*, *suicide*, *São Paulo*, interpreted from the assumptions of the history of feeling, allow us to consider that medical practices were responsible not only for the pathologization, medicalization, and medicamentation of sad emotions or melancholic sensitive experiences, but also produced an ideal of emotional community by defining standards that aimed to normatize and standardize living and feeling in São Paulo society.

Keywords: history of feeling; history of health; interdisciplinarity.

Lista de Ilustrações

Figura 1 – “1º Comitê Nuclear de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde”.....	37
Figura 2 – Folha de Rosto do Compêndio Psiquiatria Clínica e Forense (1951)	50
Figura 3 – Ficha Biotipológica	57
Figura 4 – “Facies em Diferentes Estados Confusionais”.....	59
Figura 5 – “Paralisia geral. Forma depressiva”	75
Figura 6 – “Paralisia geral. Forma depressiva”	75
Figura 7 – “Expressão Fisionômica de Cinco Doentes Atacados de Melancolia”	96
Figura 8 – “Suicídio de Psicopata. Suspensão Parcial do Corpo”	157
Figura 9 – “Alcoolista Crônico em Estado Eufórico”	187
Figura 10 – “Fisionomia Apatetada num Débil Mental Alcoolista”	187

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo (1920-1939).....	148
Gráfico 2 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo segundo gênero (1920-1939).....	162

Lista de Quadros

Quadro 1 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo segundo os meios empregados (1920-1929).....	152
Quadro 2 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo segundo os meios empregados (1930-1939).....	153

SUMÁRIO

Introdução	11
1 Saúde, Loucura e Sentimento: Narrativas Psiquiátricas na “Terra de Gigantes”	18
1.1 Antonio Carlos Pacheco e Silva: higiene mental e eugenia na metrópole	21
1.2 Entre compêndios médicos: Psiquiatria Clínica e Forense, um projeto para os corpos, mentes e sentimentos	41
1.3 Medicalização do sentimento: emoções e narrativas médico-higienizadoras	61
2 Patologização da Tristeza na “Cidade-laboratório”	81
2.1 A dor de existir: a melancolia no manual Psiquiatria Clínica e Forense.....	84
2.2 Tristes, loucos e maus: os diagnósticos de Pacheco e Silva	102
2.3 Expressar e calar as tristezas: o sofrimento diante do "novo viver"	119
3 Dos Cantos Escuros: Melancolia e Suicídio na Metrópole	139
3.1 Labirinto místico de almas vazias: suicídios na cidade de São Paulo.....	141
3.2 Experiências emocionais: internações e interdições de “melancólicos” e “suicidas”	164
3.3 Quem ousaria ser infeliz na metrópole paulista?	180
Considerações finais	196
Referências	207
Fontes	219

Introdução

Em poesia intitulada "Melancolia", publicada na coletânea *O amor é um cão dos diabos* (2011), Charles Bukowski (1920-1994) escreveu que a história da melancolia inclui a todos. Historicamente, a tristeza é descrita de diversas formas, tais como um vazio, trevas, infelicidade, apatia, o pecado da acídia, um tédio que não cessa, possessão demoníaca, uma dor de existir, um ódio de si mesmo. As narrativas literárias também enfatizam essas sensibilidades e como caracteriza Edgar Allan Poe (1809-1849) em seu conto *A Queda da Casa Usher* (2021), a tristeza envolve a tudo, paira sobre tudo, como se não houvesse mais vida. Em algumas experiências melancólicas, a morte se torna uma aventura e esperança e o desejo de extinguir uma parte de si, a parte que dói, aparece como caminho. Ao abordar as diversas maneiras de manifestações emocionais através das experiências sensíveis, Alain Corbin (2021) possibilita refletir as diferentes concepções e vivências dos sentimentos, mas também seus impactos nas vidas individuais e coletivas, permitindo supor que as tristezas e o desejo de dar cabo à própria vida atravessam a história, isto é, os tempos, espaços e grupos sociais e, mesmo com transformações sobre seu significado e formas de externalização, impactam as sociedades reverberando nas relações e construções identitárias das comunidades.

O termo melancolia advém da junção das palavras *melan* (negro) e *cholís* (bílis), conceito que remete-se à teoria dos quatro fluidos essenciais de Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.), considerado pai da medicina. A teoria explicava transtornos mentais como um desequilíbrio dos humores básicos do corpo, quais sejam, o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra (CORDÁS; EMILIO, 2017). A medicina hipocrático-galena, esquematizava os humores em qualidades, elementos naturais (ar, fogo, terra e água) e caracterização da personalidade. Para Hipócrates, o temperamento melancólico era o mais preocupante, pois notava-se que a pessoa, em um estado de perda de interesse pela própria vida, não raro, aspirava à própria morte, crendo que esta seria a única resolução para dar fim ao sofrimento intenso que lhe acometia (SCLIAR, 2003). Dessa forma, a historiografia revela que a associação entre tristeza e suicídio atravessa a história e permanece na atualidade.

Émile Durkheim, um dos principais nomes sobre os estudos da morte

voluntária, a define como “[...] toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima.” (2003, p. 13) e a tentativa como “[...] o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte” (2003, p. 15). Diante disso, é possível verificar, por intermédio da historiografia, o suicídio como uma ação voluntária, ou seja, uma escolha tomada pela pessoa que opta por privar-se da própria vida, existente em todas as épocas, não havendo nenhuma sociedade que o suicídio não tenha existido (GONZÁLES, 1990; MINOIS, 2018).

A etimologia da palavra deriva da junção das palavras *sui* (de si mesmo) e de *homicidium* (homicídio), ou seja, a ação de cometer um homicídio de si mesmo, permitindo supor a relação histórica do gesto de dar cabo à própria vida como um ato criminoso e amoralidade, pois o assassinato é comumente descrito como uma prática perversa e contra princípios morais das sociedades. Entretanto, a questão que abrange o suicídio mostra-se complexa, visto que, em alguns momentos e circunstâncias foi tolerado e considerado honroso, em contrapartida, em outros, foi criminalizado, definido como insanidade, ofensa a Deus e violência contra toda a sociedade e, assim como a tristeza, transformado em doença. Historicamente, como uma ação criminosa, o corpo suicidado passou por suplícios que os expunham publicamente, como arrastamentos pelas ruas e suspensão de seus corpos, por enforcamento, em praças. Também eram escondidos, considerados indignos de sepultamento, como na cultura católica. Como possibilitam considerar os estudos de referência, a diversidade de compreensões sobre o suicídio emergem da fabricação de sentimentos aceitáveis e inaceitáveis nas sociedades através dos tempo e espaço, bem como destacam que, em momentos de crises, existe uma aptidão para o suicídio, elevando índices, permitindo inferir acerca de possíveis relações entre os sentimentos individuais e os compartilhados socialmente, ao mesmo tempo como o cenário ao qual estão inseridas comunidades tem impacto sobre as sensibilidades, condicionando emoções (GONZÁLES, 1990; DURKHEIM, 2003; MINOIS, 2018).

A virada do século XIX para o XX implicou em transformações que reverberaram nas emoções, isto é, nas formas de compreendê-las e vivenciá-las. Com a implementação da República (1889) no Brasil, a vida paulistana tornou-se modelo para as demais regiões do país. Com a formação da sociedade de massa, emergiu dentre as necessidades das elites, a urgência do controle dos corpos,

mentes, comportamentos, mas também das emoções, mirando ideais de ordem e progresso, conforme os pressupostos positivistas e capitalistas em ascensão no período. Por intermédio da medicina, resultado da institucionalização dos saberes, as experiências sensíveis foram inseridas no campo das patologias, de modo que a ordem médica estabeleceu critérios que distinguiram e diagnosticaram os sentimentos considerados positivos, normais, saudáveis e de bem-viver, e os indicados como negativos, anormais e doentios (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016).

A capital de São Paulo, durante os anos 20 e 30 do século XX, foi impactada por modernizações tecnológicas e científicas que alteraram o cenário urbano e as relações sociais em todos os âmbitos. Como afirma André Mota (2003; 2005), a metrópole em construção passou a ser compreendida como uma cidade de negócios, do consumo e referência enquanto polo cultural e intelectual, fabricando sentimentos e ideias de superioridade regional e racial nas elites emergentes, que se autodenominavam uma "raça de gigantes", herdeira do sangue e "alma" bandeirante. Tal cenário gerou a ideia de que São Paulo era um símbolo da felicidade e boa vida, atraindo diversos grupos de migrantes e imigrantes que acreditavam que alcançariam o sucesso. Entretanto, a vida na cidade, para a maioria, revelou-se hostil, desafiadora e solitária, de concorrência desigual por empregos, intensa violência e truculência policial, diversos conflitos civis, falta de moradia, saúde e educação, o que pode ter condicionado diversas pessoas às experiências sensíveis tristes e o desejo da própria morte, assim como as vivências sensíveis diversas experimentadas individual e coletivamente, resultado das novas formas de relações sociais construídas com novas tecnologias de comunicação que organizavam a vida urbana. Como oposto aos progressos materiais, sucesso e felicidade associada a capital de São Paulo e disseminada discursivamente pelas elites e mídias, as tristezas, melancolias, desesperos e sofrimentos passaram a ser compreendidos como sentimentos negativos e, portanto, anexado ao rol das insanidades, das doenças e perigos sociais que deveriam, por meio da medicalização e medicamentação, ser expurgados da vida na metrópole paulista.

Partindo desta perspectiva, a presente dissertação analisa a melancolia e o suicídio na capital de São Paulo no decorrer dos anos 20 e 30 do século XX mediante casos, capítulos e fotografias mapeados na segunda edição do manual

Psiquiatria Clínica e Forense, de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1989). Os problemas que nortearam a pesquisa visaram responder: como Antonio Carlos Pacheco e Silva analisou a melancolia e o suicídio no manual *Psiquiatria Clínica e Forense*? O que poderia ter condicionado sentimentos melancólicos e o desejo de dar cabo à própria vida no decorrer dos anos 20 e 30 do século XX na capital de São Paulo? Como os diagnósticos médicos refletem a metrópole paulista em transformação em relação à fabricação da tristeza?

Publicado originalmente em 1940, pela Companhia Editora Nacional, o manual *Psiquiatria Clínica e Forense* de Antonio Carlos Pacheco e Silva, evoca um conjunto de documentos, como fotografias, diagnósticos e estudos desenvolvidos ao longo de sua extensa carreira como psiquiatra, empresário e professor universitário. O documento evidencia, através de seus capítulos, os debates médico-legais acerca de diversas "doenças mentais", conceito empregado pela medicina do período, que preocupava a população, sobretudo a elite emergente e intelectualizada, que via em negros, "mestiços", mulheres e alguns imigrantes como predispostos à doença e degeneração, entendendo-os como perigos sociais, revelando medos e inseguranças sociais como permite supor Jean Delumeau (2009).

Os diagnósticos situados no manual marcam o caráter organicista e eugenista em vigência na psiquiatria paulista, sobretudo, ligando-se aos projetos políticos de desenvolver uma identidade nacional, como propõe a historiografia (LUCA, 1999; MOTA, 2003; WEINSTEIN, 2006). O projeto de regeneração da raça se daria a partir das práticas médicas pautadas nos preceitos eugênicos, como esterilizações compulsórias, interdição de bens dos "alienados", internações e imposição de tratamentos terapêuticos. Por intermédio da análise do documento, foi possível considerar os impactos dos pressupostos em vigência acerca da tristeza e desejos de dar fim à própria vida, pois aos médicos era destinada à missão de normatizar o viver na urbe, enquadrando nas normas consideradas corretas, saudáveis e de bem-viver, com a aplicação de medicalização e medicamentação das as mentes, corpos, comportamentos e emoções, mas que, entretanto, possuía limites e enfrentou empecilhos diante do cenário brasileiro da época, de modo que o projeto não foi consolidado como idealizado.

Uma sondagem no compêndio de Pacheco e Silva objetivando o mapeamento e organização de dados levantados, seguindo o método de Análise de Conteúdo

proposto por Laurence Bardin. O método, como pressuposto, é "um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a 'discursos' (conteúdo e continentes) extremamente diversificados" (BARDIN, 1977, p. 9), aplicado para uma análise das comunicações e da mensagem que constitui o material. A partir de três categorias de análise, tais quais "melancolia", "suicídio" e "São Paulo", a pesquisa classificou, no compêndio médico-legal, as tristezas, melancolias, sofrimentos, mortes por suicídio, tentativas de suicídio e a capital paulista como cenário no recorte temporal entre anos 20 e 30, ou seja, os elementos constitutivos do material através de etapa de inventariação e, posteriormente, sua classificação, qual seja a repartição dos mesmos a fim de sistematizar as mensagens que transmitem, visando responder as problemáticas levantadas.

Os resultados obtidos foram interpretados a partir dos pressupostos da história do sentimento, mais especificamente do conceito "comunidades emocionais" proposto pela historiadora norte-americana Barbara H. Rosenwein (2006; 2011), que enfatiza que as sociedades ou comunidades sociais compartilham normas articuladas sobre as emoções, de modo que os sentimentos são coletivos e fabricados. A abordagem permite considerar que médicos foram responsáveis não somente pela patologização, medicalização e medicamentação das emoções tristes e dos desejos de dar cabo à própria vida, a partir da organização de normas disseminadas nas sociedades, mas que produziram, por intermédio destas normas, comunidades emocionais ao definir e diagnosticar sentimentos nocivos sob a pretensão de normatizar e padronizar o viver e o sentir na sociedade paulista nas décadas iniciais do século XX, resultando na perpetuação de preconceitos contra aqueles que manifestam sentimentos opostos ao idealizado como saudável, excluindo-os e marginalizando-os, bem como reforçando concepções manicomiais que permanecem na atualidade sobre as emoções na vida cotidiana ¹.

Apesar da popularidade do tema na atualidade e da criação de campanhas e leis que visam o acesso à saúde mental, o combate à depressão e prevenção ao suicídio, as tristezas e as experiências sensíveis permanecem sendo interpretadas

¹ Debates acerca da classificação e definição dos conceitos "emoção" e "sentimento" são travados da Antiguidade à Contemporaneidade, de modo que ora possuem significações diferentes, ora são apontados como sinônimos. Os autores de referência sobre a temática consultados fazem uso de ambas nomenclaturas para abordar as sensibilidades. Assim sendo, os dois termos são utilizados como sinônimos nesta dissertação.

socialmente como sentimentos de mal viver, e pessoas que manifestam emoções tristes comumente são estigmatizadas, descritas como "tóxicas", "preguiçosas", "inconvenientes" "e baixo-astral". Além disso, tais campanhas e muitos profissionais não ampliam seus olhares para os problemas políticos, econômicos e sociais, como o estado de miséria, fome, falta de saúde, educação, lazer, moradia digna, saneamento básico, entre outros, sobre as experiências sensíveis tristes e desejos suicidas, revelando continuidades de um discurso meritocrático, limitado e antiquado sobre os problemas acerca da saúde mental, mas também evidencia a persistência dos pressupostos manicomialistas, que marginalizam e culpabilizam as pessoas por seus infortúnios e sofrimentos, classificando-os como doentes e anormais. Nesse sentido, a presente dissertação se justifica partindo dos debates acerca da medicalização e medicamentação da tristeza e do desejo de dar cabo à própria vida, ou seja, não se trata de uma pesquisa sobre a depressão, mas sim, do impacto da psiquiatria sobre as emoções na história, em um contexto singular, isto é, a psiquiatrização das emoções que diagnostica tristezas, angústias e fracassos, muitas vezes desconsiderando questões sociais, políticas e econômicas que podem resultar em sofrimentos intensos e desejos suicidas.

Visando responder o problema proposto, o trabalho foi estruturado em três capítulos. O primeiro explora a trajetória do médico paulistano, Antonio Carlos Pacheco e Silva (1898-1989) e o impacto de sua autoridade médico-legal diante do cenário paulistano entre os anos iniciais de sua carreira, isto é, os anos 20 e 30 do século XX. Por intermédio de sua obra *Psiquiatria Clínica e Forense*, aqui tratada como fonte, analisa a construção de um projeto para os corpos, mentes e sentimentos na pauliceia, bem como o discurso médico higienizador em relação à manifestação dos sentimentos que, assim como os tipos físicos e comportamentais, deveriam passar pela medicalização e eugeniação para que não colocassem em risco os ideais sociais, políticos e econômicos da capital paulista.

O segundo capítulo aprofunda-se nos diagnósticos sobre as tristezas, perpassando pelas formas de melancolias e outros diagnósticos frente às manifestações de sentimentos tristes sob a lente da psiquiatria do período, a partir da consulta e mapeamento dos registros médicos expostos no material empírico delimitado. A partir disso, explora como as novas ordens e normas médicas projetadas e estipuladas para a vida em São Paulo e os ideais de republicanismo e

paulistanidade acabam por refletir a fabricação da tristeza enquanto doença na capital, revelando sistemas de sentimentos sobre a vida coletiva.

Objetivando à análise da morte voluntária na cidade de São Paulo no recorte temporal proposto, por intermédio de um diálogo entre registros quantitativos publicados em anuários demográfico-sanitários municipais com os dados qualitativos mapeados no compêndio de Antonio Carlos Pacheco e Silva, o terceiro capítulo sublinha a medicina como construtora de percepções da anormalidade diante de relações entre suicídio e tristeza. Perpassa por questões voltadas aos ideais emocionais saudáveis, como a felicidade e o orgulho e a urgência encontrada pela sociedade paulistana, representada pelo discurso médico, acerca da disseminação e construção de normas sobre o sentir, controlando suas manifestações nos habitantes da cidade, bem como, de que modo que estas normas foram ampliadas em outras regiões, ainda que de modo heterogêneo, através de casos e fotografias disponíveis no documento delimitado, revelando a disseminação de um ideal emocional que constituiria a identidade paulistana, mas também brasileira, conforme o projeto nacional propunha.

Diante do exposto, a presente dissertação pretende colaborar, sem esgotar a temática, com os debates interdisciplinares entre História e Saúde, acerca dos sentimentos de tristezas e os desejo de dar cabo à própria vida na História do Brasil, a partir da análise da influência das diversas transformações sociais, urbanísticas, comportamentais e outras rupturas na sociedade paulista e paulistana, que atravessaram experiências sensíveis individuais e coletivas, bem como forjadas pelo discurso médico como normais ou patológicas, impactando na vida pública e privada. Logo, como essas dinâmicas sociais se conectam com diagnósticos de melancolia e suicídio na cidade de São Paulo ao longo dos anos 20 e 30 do século XX.

1 Saúde, Loucura e Sentimento: Narrativas Psiquiátricas na “Terra de Gigantes”

No Brasil, ideologias emergentes com a implementação da República supunham modelos de organização social, política e econômica que visaram remodelar condutas do povo brasileiro sob pretexto de abandonar hábitos coloniais considerados selvagens e forjar uma identidade “verdadeiramente brasileira”. Como retomado pela historiografia, partindo do mito da “raça de gigantes” desenvolvido pelo botânico e naturalista Auguste de Saint-Hilaire (1779-1853), a capital de São Paulo era indicada como modelo em relação às demais regiões e aos estados do país, destacadamente do norte e nordeste, pois compreendidos pelas elites sulistas como atrasados, compostos por pessoas fisicamente fracas, doentes e degeneradas (MACHADO *et al.*, 1978; LUCA, 1999; MOTA, 2003; CARVALHO, 2017). Entrelaçados pelos sentimentos que compunham a paulistanidade, exemplarmente o orgulho, a honra, a perseverança e felicidade, membros das elites intelectuais, sobretudo médicos e advogados, idealizaram a construção de um Estado, de uma capital e de um povo que refletisse saúde, cientificidade e modernidade.

Na efervescência tecnológica emergente nos anos 20 e 30 do século XX na capital, alinhada aos ideais republicanos de ordem, progresso, disciplinarização e propostas de civilidade baseadas nos hábitos das elites, investimentos nacionais e internacionais em instituições de saúde públicas, privadas e filantrópicas, aplicações médico-legais e sanitárias, foram entendidas como uma solução para as questões sociais, políticas e econômicas que atravessaram a história de São Paulo (COSTA, 1979; SEVCENKO, 1992; MARINHO, 2013). Nesse bojo, médicos e advogados passaram a ter autonomia enquanto agentes de organização social privada e pública das pessoas que habitavam a metrópole em ampliação, estendendo-se de modo heterogêneo para regiões interioranas e de fronteiras do Estado. Sendo assim, a capital tornada um grande laboratório, passou a ser alvo das experiências médicas para a formulação de um tipo humano considerado adequado nas urgências biotipológicas, eugenistas e organicistas, que disseminaram, por sua vez, discursos racistas, xenófobos e machistas, estigmatizando e marginalizando aqueles que não se enquadravam nos padrões e normas estipulados (WEINSTEIN, 2006; MOTA, 2012; VIMIEIRO GOMES, 2012).

A “pauliceia”, como ficou apelidada a capital pelo modernista e poeta Mário de Andrade (1893-1945), não foi marcada pelo luxo e grandeza, ou pelo brilho das luzes dos cafés e dos grandes prédios e palacetes que surgiam. A São Paulo do período foi palco de diversos conflitos civis, crises econômicas, violências por parte das autoridades contra negros, migrantes e imigrantes, pobreza e abandono aos mais pobres pelo poder público. Essa nuance revelada nas poesias do modernista em seu livro *Paulicéia Desvairada*, publicado originalmente em 1922, anuncia contradições entre os ideais propostos pelos grupos no poder e as vivências da maioria da população que habitava a metrópole, bem como a variedade de experiências sensíveis no cenário, enfatizando tristezas e desilusões.

Por intermédio da história do sentimento, foi possível considerar que eventos que revelam tensões e atravessam a vida na capital impactaram as formas manifestar sentimentos, como saudade do imigrante de sua família ao atravessar o oceano em busca de uma nova vida e oportunidades na metrópole paulista; a tristeza, humilhação e opressão vivenciado por homens e mulheres negros vítimas do racismo e violência; os medos das elites diante das doenças que acreditavam ser oriundas das gentes pobres; receios diante de conflitos e guerras civis nacionais e internacionais, que se estendem ao longo do período. Como permitiu considerar Delumeau (2009), essas e outras tensões emocionais geraram medos e inseguranças, podem ter reverberado na fabricação da tristeza e o desejo de dar cabo à própria vida.

A psiquiatria emergiu e se fortaleceu alinhado à missão de reorganizar e higienizar a vida na pauliceia. Caracterizada como um “[...] conjunto eclético de conceitos e posturas científicas [...]” (RIGONATTI, 2003, p. 21), sua prática atravessou os muros das instituições manicomiais e influenciou propostas legais, policiais, educacionais, sanitárias, sob pretexto de neutralizar ameaças possíveis, que supostamente afetariam o bem-estar físico e moral, mas também emocional das pessoas e da comunidade. Devido às classificações médicas do período, manifestações físicas e mentais de grupos como os egressos do campo, negros recém libertos de sua condição de escravizados e grupos de imigrantes e migrantes que buscavam na capital de São Paulo novas oportunidades de vida, passaram a ser classificadas como perigosas à ordem e progresso estipulados por ideais

republicanos, estas concepções se estendiam às manifestações emocionais destes grupos, pois consideradas subversivas e diagnosticadas como doentias.

Produções acadêmicas no âmbito da psiquiatria como cartilhas, monografias, teses, artigos, livros e compêndios, foram utilizados para ilustrar tais perigos e informar a população letrada, sobretudo pertencentes às elites, sobre as características físicas, morais e emocionais dos diagnosticados como degenerados e perversos. Vale dizer, os incentivos no campo da Saúde em São Paulo colaboraram para a formação e perpetuação de ideologias deformadas que propunham organizar o social a partir da eliminação de corpos e sentimentos considerados doentios e criminalizáveis. Não obstante, serviram como importantes fontes para a formação de novos profissionais que deram continuidade às práticas vigentes à época, refletindo ações psiquiátricas na atualidade, como elencado por Sandra Caponi (2012). Tais produções, interpretadas como narrativas, contribuíram para a construção de uma representação de mundo e de sentidos definidos como saudáveis a partir da perspectiva de grupos dominantes: a das elites intelectuais, especialmente as médicas.

Como apontado por Luiz Gonzaga Motta, o estudo das narrativas permite “[...] refletir sobre o significado da experiência humana e sobre o que as narrativas realizam enquanto atos de fala” (2013, p. 27). Esses atos de fala/escrita, como revela o autor, não são ingênuos ou aleatórios, mas estão inseridos em uma performance discursiva. Desse modo, “a enunciação narrativa é uma atitude intencional e argumentativa, portanto: toda narrativa se origina em uma estratégia enunciativa.” (MOTTA, 2013, p. 38) responsável por dar significado ao mundo real, uma “coconstrução” da realidade por meio da linguagem. Dialogando com o proposto por Sandra Jatahy Pesavento (2012) sobre as sensibilidades na história, supôs-se que os sentimentos são elementos de narrativas e, por esta via, impactam a construção do mundo nos tempos e espaços nos quais as pessoas transitam, se relacionam e manifestam suas emoções.

Partindo desta perspectiva, conjecturou-se que os sentimentos estão inseridos em uma relação de poder que, a partir da narrativa e autoridade médica, legitima seu discurso e colabora para a classificação e compreensão dos incidentes da vida que atravessam o cotidiano, tendo como ponto de partida um senso moral, ético, estético, cultural e sentimental, que organiza a sociedade. Assim, considerou-

se a influência da ação médica, em especial a psiquiátrica em São Paulo, ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, como mecanismo de controle social estruturado por narrativas médicas, homens da elite paulista que assumiram lugares sociais de capital importância, construindo e fabricando comunidades emocionais na formação da República e da metrópole paulista.

1.1 Antonio Carlos Pacheco e Silva: higiene mental e eugenia na metrópole

A epistemologia histórica do sentimento evidencia o impacto das emoções sobre os tempos, espaços, acontecimentos históricos e sociedades e colaboram para a construção do mundo e a realidade a partir de narrativas individuais e coletivas (VINCENT-BUFFAULT, 1988; SIQUEIRA, 1976; COURTINE; HAROCHE, 2016). As narrativas não são estáticas, ao contrário, se transformam, são ressignificadas e ressignificam, são fabricadas e fabricam conforme as intenções e necessidades dos homens e mulheres que se relacionam em comunidades sociais, também analisadas como comunidades emocionais. Nesse âmbito, como destaca Barbara H. Rosenwein (2011) ao propor uma história das emoções através da análise de grupos que compartilham concepções comuns sobre os sentimentos: "[...] uma história das emoções não é apenas possível, mas essencial para a compreensão da condição humana" (2011, p. 17).

O século XIX foi marcado por diversas transformações nas maneiras de compreender e vivenciar sentimentos, resultado das novas tecnologias, avanços científicos, mudança nos sistemas políticos e econômicos em consequência, sobretudo, da Segunda Revolução Industrial. Estudiosos dos sentimentos elucidam que novas normas atravessam a constituição dos homens e mulheres modernos e a ideia de civilidade e normalidade, em prol da modernidade, impunham o exprimir e calar as emoções (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE, 2020; CORBIN, 2021). O choro, sofrimento e tristezas, mas também o romance, amor e desejo não deveriam ser publicamente demonstrados, mas suprimidos e contidos, reservados à vida íntima, pois considerados antiquados, vergonhosos e, muitas vezes, patológicos.

Nesse cenário, o normal e anormal foram definidos pelo discurso médico,

especialmente, pelo saber psiquiátrico, de modo que pequenos desvios de conduta e de emoções passaram a ser diagnosticados como doentios e, portanto, perigosos à nova ordem que se estabelecia. O corpo, a mente, os comportamentos e os sentimentos, por esta via, foram inseridos no processo de reorganização das sociedades e medicalizados a fim de uniformizá-los e normatizá-los conforme ideais e teorias disseminados que norteavam as práticas de saúde (WEINSTEIN, 2006; VIMIEIRO GOMES, 2012). A historiografia sobre o período e o compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951), desvelam a patologização e psiquiatrização dos sentimentos e, com isso, a proliferação de diagnósticos psiquiátricos que os relacionavam à doenças, como tristezas e desejos de dar cabo à própria vida. Nesse sentido, a psiquiatria se tornou intra e extra-asilar, "[...] capaz de se referir tanto aos delírios e alucinações como aos sofrimentos que fazem parte da condição humana" (CAPONI, 2012, p. 20).

Políticas de reorganização social e urbana emergentes dos ideais e sentimentos republicanos resultaram na imposição de normas sobre o sentir, fundamentadas nas teorias eugenistas e higienistas vigentes, como elucidado por Jurandir Freire Costa (2007). Neste âmbito, as propostas de Rosenwein (2006; 2011) para a construção de uma história das emoções possibilitaram interpretar o impacto da prática e do discurso médico no contexto histórico em questão, revelando a fabricação de um projeto de comunidade social e emocional, fundada sobre as idealizações republicanas e interesses inerentes às elites emergentes, sobretudo das paulistas.

Considerando o impacto das emoções na constituição das comunidades, Barbara H. Rosenwein (2011) afirma que a história das emoções está entrelaçada a outros tipos de história, como a social, política e intelectual. Diante da temática apresentada nesta pesquisa, este entrelaçamento pôde ser identificado por intermédio de propostas de organização social paulista no início do século XX, isto é, a relação entre os eventos que impactaram a sociedade, a política e a intelectualidade e suas influências nas narrativas individuais e coletivas, forjando um novo viver e um novo sentir. Sendo assim, as narrativas intelectuais médicas, como a do o médico, intelectual, professor, político e empresário Antonio Carlos Pacheco e Silva, foram determinantes para a construção de um projeto de comunidade emocional, revelando uma história das emoções na metrópole paulista.

Nascido em 29 de maio de 1898 e falecido em 27 de maio de 1988, Antonio Carlos Pacheco e Silva "[...] foi um homem de seu tempo, tendo sua trajetória marcada pelos diferentes momentos históricos em que viveu; da mesma forma, foi um indivíduo singular que assumiu posições próprias e direcionou com maior ou menor grau de autonomia as suas escolhas" (TARELOW, 2018, p. 1). Sua atuação impactou diversos âmbitos sociais, indicativo de sua autoridade e poder nacional e internacional, ao passo que as ideologias que defendeu foram amplamente disseminadas em todas as instâncias às quais esteve inserido, isto é, social, política e intelectual, o que permite considerar a relação entre a história das emoções da metrópole paulista e a trajetória de vida de Pacheco e Silva.

Descendente dos Barões de Itatiba e Araras, duas importantes famílias do interior paulista na produção de café e investidores de indústrias, Antonio Carlos Pacheco e Silva foi "herdeiro da tradição, do prestígio e da riqueza da aristocracia do interior paulista" (TARELOW, 2018, p. 53). Seu nome foi atribuído em homenagem ao avô paterno, um dos principais líderes do Partido Conservador de Campinas e Tenente-General da Guarda Nacional. Assim como o avô e outros membros da família, se dedicou, dentre outras funções, à política e militarismo, engajando-se intensamente em atividades político-partidárias vinculadas às posições ideológicas alinhadas ao conservadorismo, anticomunismo, interesses liberais, bem como de superioridade regional, cultural e racial paulista, comumente relacionando tais temáticas aos pressupostos médicos oriundos de sua formação acadêmica e atuação profissional. Nesse âmbito, como afirma Francisco B. Assumpção Jr., "sua visão de mundo conservadora aparece em diferentes trabalhos, sob diferentes temas, sempre mostrando uma grande rigidez nos valores que prezava" (2003, p. 42).

Pacheco e Silva nasceu em um contexto singular do Brasil e do Estado de São Paulo, de um amplo deslocamento referente às relações sociais, divisão dos espaços e organização urbanos, reflexo da industrialização e modernização tecnológica e científica, como desvelado pela historiografia (SEVCENKO, 1992; SILVA, 2003; BRESCIANI, 2014). Em consequência, como permitiu considerar a história do sentimento, as formas de vivenciar as emoções também passaram por sucessivas transformações, surgindo uma repugnância às manifestações públicas de sentimento e o incentivo pelo silenciamento e repressão, uma imposição para o calar

e exprimir emoções (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE, 2020; CORBIN, 2021).

Concepções negativas acerca das emoções emergiram, sobretudo, de movimentos intelectuais, majoritariamente organizados por homens brancos e membros das elites nas funções de médicos e advogados, em nome da virilidade e modernidade, fabricando os sentimentos de vergonha e pudor sobre os corpos sensíveis, sendo assim, sentimentos tolerados e intolerados à comunidade, forjando um novo sistema de sentimentos. Dessa forma, a educação e criação familiar de Antonio Carlos Pacheco e Silva foi impactada pelo novo sistema de sentimento que surgiu, reverberando nos valores morais e emocionais na sua construção enquanto indivíduo. Diante disto, foi possível supor que concepções conservadoras e preconceituosas, como a defesa de ideais classista, racista, machista e xenófoba, presentes em suas produções, refletiam a si próprio e a comunidade a qual era membro, ou seja, a elite, revelando valores emocionais vigentes, por exemplo, de superioridade, orgulho e honra que constituíam a paulistanidade, em síntese, a identidade (ou o ideal de identidade) sobre o ser paulista no contexto diante do cenário brasileiro na virada do século XIX para o XX.

O mito do bandeirante também é revelado nas obras e ações políticas do médico, utilizado como justificativa para caracterizar o imaginário sobre a civilidade e superioridade do paulista frente ao cenário brasileiro. Como destaca Boris Fausto, ao tratar as missões das bandeiras nos sertões e sua influência na sociedade paulista, a exaltação da figura dos bandeirantes diante da comunidade paulista do século XVII, que permaneceu no século XX, buscou o enaltecimento da “raça” paulista, derivando “[...] da existência, em número ponderável, de uma população branca, do eixo do cruzamento com o índio e da tardia entrada do negro na região.” (2006, p. 96). Essa concepção fantasiosa - como reitera Fausto - possuía pretensões científicas e, desvelada na obra de Pacheco e Silva, enquanto intelectual e cientista de seu tempo, evidencia a consciência das elites paulistas que se autodenominavam uma “sub-raça superior” e herdeira destes personagens históricos, que ao contrário do que se perpetuava historicamente, disseminaram violência e escravidão por onde passaram.

O pensamento e sentimentos de superioridade firmado na figura do bandeirante e da prática do bandeirantismo, puderam ser identificados, por exemplo,

em um dos capítulos da coletânea intitulada *Palavras de Psiquiatria*, na qual Pacheco e Silva, resgatando o “mito” dos bandeirantes como símbolo para a civilidade e superioridade paulista, afirma: "Hoje, mudados os tempos, a raça permanece intacta, os bandeirantes lutam sempre para engrandecer a Pátria e implantar os marcos da civilização, seguindo as diretrizes dos seus antepassados" (1950, p. 258). Em nota de rodapé de capítulo de seu manual *Psiquiatria Clínica e Forense* (1940; 1951), a figura do bandeirante foi retomada como referência de conduta indicada como íntegra, neste caso, referente à capacidade de assinar e deixar testamentos antes da morte, enfatizando a consciência e sabedoria diante da organização dos negócios e percepções sobre o futuro.

A defesa dos ideais e da figura dos bandeirantes paulistas, disseminados nas obras do médico, marca os sentimentos, ou sistemas de sentimentos, fabricados que forjariam a paulistanidade, isto é, a identidade paulista. Ao mesmo tempo, foi um argumento utilizado como justificativa para a autodenominação desse grupo como uma "raça superior" diante do cenário brasileiro no início do século XX. Tais concepções atravessaram a trajetória de Pacheco e Silva, refletindo em sua prática profissional, destacadamente no campo da medicina, resultado da sua formação acadêmica, que impactou nas ações tomadas por ele em outros âmbitos enquanto docente, político e empresário, como apontam estudos dedicados às análises sobre sua vida e os impactos de seus esforços nos contextos que se inseriu (SERRA; SCARCELLI, 2014; TARELOW, 2018).

Pacheco e Silva obteve seu diploma em medicina em 1920, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, porém, sua formação acadêmica ocorreu em quatro universidades diferentes. Ingressou no curso de Medicina estrategicamente por intermédio do curso de Farmácia. Como apontam Antônio Celso Ferreira e Tania Regina de Luca (2011), eram escassas as instituições que possuíam o curso de Medicina no país, resultando em poucas vagas e ampla concorrência para o acesso, sendo um marcador referente às diferenças nos acessos à educação no período. Narrativas construídas sobre a trajetória de Antonio Carlos Pacheco e Silva, pautadas na exaltação de sua pessoa, indicam uma figura "genial", entretanto, Gustavo Querodia Tarelow (2018), em estudo biográfico sobre o médico, por meio de documentos como boletins escolares, revela que Pacheco e Silva nem sempre destacou-se enquanto estudante, tirando notas baixas e possuindo muitas

dificuldades quando jovem. Seu baixo desempenho escolar durante a juventude pode ter sido um empecilho para seu ingresso direto no curso de Medicina, o que o levou a buscar no curso de Farmácia um caminho para alcançar o que almejava. Sendo assim, ingressou no ensino superior em 1914, na Universidade Livre de São Paulo ² e, após cursar um ano de Farmácia, aprovado nas avaliações, conseguiu notas que lhe permitiu transferir-se para o curso desejado. Sendo assim, em 1917, deu prosseguimento aos estudos em Minas Gerais, na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte e, nos dois últimos anos do curso, se dirigiu ao Rio de Janeiro, onde graduou-se.

O primeiro contato de Pacheco e Silva, com a psiquiatria aconteceu durante seu estágio no Hospital Nacional de Alienados ³, no Rio de Janeiro, em seus últimos anos de Medicina. Após a graduação, foi para Paris, onde se inscreveu no último ano na Faculdade de Medicina de Paris, especializando-se em Anatomia Patológica do Sistema Nervoso. Na França, estagiou no *Hôpital de La Salpêtrière*, à época dirigido pelo renomado neurologista Pierre Marie (1853-1940), onde prestou atendimento clínico nas enfermarias da instituição, ao mesmo tempo em que desenvolveu pesquisas laboratoriais sob supervisão de Jean-Charles Chatelin (1884-1948) (TARELOW, 2018).

Sua trajetória em Paris foi relevante para sua formação enquanto psiquiatra, inspirado por ilustres nomes da área, como George Dumas (1866-1946), Georges Heuyer (1884-1977), Pierre-Marie-Félix Janet (1859-1947) e Emil Kraepelin (1856-1926). Sua estadia no continente europeu permitiu que Pacheco e Silva visitasse clínicas e hospitais psiquiátricos na Alemanha e Áustria, além dos localizados na

² A Universidade Livre de São Paulo foi uma instituição de ensino privada que incluía o jardim de infância, ensino básico e o ensino superior, sendo responsável por fundar a primeira Faculdade de Medicina de São Paulo. André Mota (2004) afirma que a instituição foi fundada em 19 de novembro de 1911, em um contexto de surgimento de diversas escolas superiores livres no início da República, resultado do aumento da procura de membros das elites emergentes e dos trabalhadores urbanos pela educação e instituições de ensino, sobretudo após a formalização de uma reforma educacional com o Decreto nº 8.659, de 05 de abril de 1911. A reforma viabilizou condições que colaboraram para a fundação da Universidade, idealizada e projetada pelo médico Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães. A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi fundada em 1912, encabeçada pelo médico Arnaldo Vieira de Carvalho (1867-1920), que foi seu primeiro diretor. A Universidade Livre de São Paulo encerrou suas atividades em 1918.

³ O Hospital Nacional de Alienados ou Hospício de Pedro II, localizado no Rio de Janeiro, foi a primeira instituição manicomial do país, fundada em 1852 pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. A criação de manicômios, como o Hospício Nacional de Alienados, é resultado de uma política que mirava na saúde das cidades, sob propostas de embelezamento urbano, retirando das ruas os considerados alienados e perigos sociais. Diante disso, a medicina institucional, como elucidado por Maria Clementina Pereira Cunha, "[...] assume claramente o caráter de intervenção no 'organismo' social [...]" (1986, p. 41).

França. As visitas foram marcantes para que, posteriormente, enquanto psiquiatra atuante no Brasil, adaptasse instalações e terapias, com importação e implementação das terapias de choque no Juquery e outras instituições manicomiais nas quais trabalhou e dirigiu (TARELOW, 2013; 2018).

Retornou ao Brasil em 1921, momento em que contatou seu antigo professor, Francisco Franco da Rocha (1864-1933), então diretor do Hospício do Juquery ⁴, a procura de uma vaga de emprego. Tinha em mãos uma recomendação por escrito de Pierre Marie, com a certificação de seu desempenho nas atividades prestadas enquanto estagiário e pesquisador na instituição francesa. Assim, devido às necessidades e ideais de cientificidade de Franco da Rocha para o hospital e para a psiquiatria do período em terras paulistas, emprega Antonio Carlos Pacheco e Silva no cargo de chefe do Laboratório de Anatomia Patológica no Juquery. Com a proposta de desenvolvimento científico afetadas até o momento por conta das demandas do hospício, a contratação do jovem médico como anátomo-patologista “[...] representava uma das tentativas de revigorar o caráter científico da instituição” (TARELOW, 2018, p. 152).

Os ideais sobre a prática científica e o saber psiquiátrico emergiram de um contexto de fortalecimento dos projetos de investimento e difusão da ciência no Brasil na virada do século XIX para o XX. Ao abordar os espaços e a história das ciências no país, Maria Amélia Mascarenhas Dantes (2001) aponta para o crescimento de instituições e órgãos dedicados a pesquisas desde meados do século XIX, com a chegada da Corte no país. A implementação da República incidiu no fortalecimento de investimento nas ciências, sob preceitos liberais e positivistas mirando à ordem e progresso do país e o abandono aos considerados antiquados e bárbaros hábitos coloniais, forjando uma nova identidade nacional. Nesse bojo, foram fundadas diversas escolas profissionais, como as universidades livres e instituições de pesquisa, assim como, construções e reconfigurações e ampliações dos espaços hospitalares, como os manicômios, resultado dos projetos de higienização e medicalização da vida urbana, especialmente nas grandes

⁴ Desde sua inauguração em 1898, o Hospício do Juquery, depois nomeado Hospital, foi um importante símbolo da cientificidade paulista, “[...] palco de uma psiquiatria experimental que buscava solucionar as dificuldades enfrentadas pelo crescimento da cidade de São Paulo” (SERRA; SCARCELLI, 2014, p. 86-87). Idealizado e fundado por Franco da Rocha, o manicômio público foi construído a 50 quilômetros da capital, em um extenso terreno de 170 hectares, próximo a Estação de Juquery e, devido seu caráter público, atendia sobretudo pacientes das classes mais pobres da capital paulista, mas também das áreas interioranas do estado e de outros estados brasileiros.

metrópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro. Do movimento de cientificização e institucionalização dos saberes, como o médico, foi construído o complexo hospitalar do Juquery, então fundado e dirigido Franco da Rocha (CUNHA, 1986; URQUIZA, 1991; RIBEIRO, 2012).

Partindo das propostas de cientificização do saber psiquiátrico no estabelecimento e função que lhe foi encarregada, Pacheco e Silva introduziu a chamada “psiquiatria de laboratório” que, alinhado às concepções vigentes no campo da anatomopatologia, colaboraria para desvendar a origem das “doenças mentais”, podendo alcançar um número maior de curas e, conseqüentemente, diminuir a superlotação que enfrentava o Juquery (TARELOW, 2013; 2018). Como apontam estudiosos da trajetória do médico no Juquery, Antonio Carlos Pacheco e Silva se destacou nas atividades que desempenhou, de modo que, em 1923, com apenas 25 anos de idade, foi indicado por Franco da Rocha para sucedê-lo na direção da instituição manicomial (ASSUMPÇÃO JR., 2003; SERRA; SCARCELLI, 2014; TARELOW, 2018). Sua atuação lhe permitiu alcançar um lugar de destaque na área psiquiátrica e, historicamente, se tornou uma figura emblemática para compreender aspectos expressados nos discursos e narrativas que promoveram por sua vez a elite paulista no viés médico-legal.

Antonio Carlos Pacheco e Silva permaneceu na direção do Juquery até 1937. Na instituição, direcionou esforços para anexar novas tecnologias terapêuticas e que pudessem ser aplicadas em pesquisas psiquiátricas, utilizando o Juquery como espaço de experimentações, por exemplo, com a introdução das terapias biológicas ou, como ficaram conhecidas, “terapias de choque”, importadas das clínicas europeias, das quais foi visitante por intermédio de financiamentos oriundos da Fundação Rockefeller, bem como também trabalhou como estagiário. Em sua gestão na instituição, foi responsável por:

[...] edificar a 6ª Colônia Masculina, em 1932; adaptar a 5ª Colônia Masculina, transformando-a na Seção de Neuro-sífilis, em 1930; pela 1ª Colônia Psiquiátrica Feminina; pelo Manicômio Judiciário, em 1927, para abrigar indivíduos que haviam cometido algum crime em decorrência de sua doença mental; pela ‘Escola Pacheco e Silva para Menores Anormais’, em 1929, para tratar dos garotos considerados ‘educáveis’ [...]; pelo Pavilhão de observação, destinado à observação dos pacientes recém-internados; pelo Pavilhão de Psicopatas tuberculosos; pelas Clínicas especializadas,

que reunia os serviços médicos de outras especialidades; pelo Serviço de Ergoterapia, em 1927, que ampliava o serviço de laborterapia [...]; por uma cozinha central, em 1926; por uma lavanderia central, em 1929; por uma padaria, em 1927, por um parque de esportes e Ludoterapia, em 1937, entre outros serviços. (TARELOW, 2013, p. 30)

Sua gestão também foi atravessada por um período de decadência do alienismo no país, ao mesmo tempo que a prática psiquiátrica estava ampliando-se, ultrapassando os muros das instituições, quando a eugenia e o biodeterminismo passaram embasar a orientação médica (SERRA; SCARCELLI, 2014). Dessa forma, o médico destacou-se, pois diretor de uma das maiores e mais importantes instituições psiquiátricas do país, em um contexto no qual o saber psiquiátrico e as narrativas emergentes deste alcançaram seu ápice, resultado dos projetos que visavam à normalização e normatização da população, por intermédio da medicalização e higienização.

Como destacado por André Mota (2003; 2012), a implantação do liberalismo e do trabalho assalariado que refletiam novas propostas para a organização social, política e econômica brasileira na República, a eugenia foi inserida nos debates intelectuais mirando à busca por um tipo de brasileiro, a identidade nacional. Dentre grupos de intelectuais participantes desses debates, os médicos e sanitaristas foram os mais ativos, visto que buscaram erradicar doenças e ameaças existentes que afetariam o desenvolvimento social e racial brasileiro. Mirando um ideal de civilidade e modernidade, as ações eugênicas "[...] deveriam ser vistas como intervenções que, mesmo respaldadas na ciência e no determinismo científico, possuíam um forte caráter nacionalista e por isso deveriam ser encaradas como um pilar sobre o qual se iniciaria a construção de um novo Brasil" (MOTA, 2003, p. 50).

O tipo ideal considerado puro, segundo as teorias eugenistas nas terras brasileiras, era baseado nos homens e mulheres do Sul do país, naquele período constituído pelos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, devido os fluxos migratórios de europeus, considerados biologicamente benéficos e saudáveis para o processo de branqueamento e arianização no povo brasileiro. A partir do conceito de "comunidades emocionais" proposto por Rosenwein (2011), foi possível considerar que, além da constituição do tipo físico e mental do corpo brasileiro, os padrões e normas impostos pela ordem

médica estendiam-se aos sentimentos, com a imposição da felicidade, ambição, coragem, orgulho e perseverança, como ideais e relacionados ao bem estar da comunidade social e emocional. Neste sentido, os resultados de pesquisa permitiram analisar a fabricação de um sistema do sentimento que projetou uma comunidade emocional forjada por intermédio do discurso médico eugenista e higienista, que ressignificou as formas de manifestar e vivenciar emoções que constituiriam as identidade paulista e nacional.

Partindo desta perspectiva, Antonio Carlos Pacheco e Silva, embasando-se nos pressupostos eugenistas, passou a ser considerado por seus pares como expoente da psiquiatria de cunho eugênico no Brasil. Tarelow (2013), ao destacar a atuação do médico à frente do Juquery ao longo de 14 anos, afirma que os preceitos estiveram presentes em suas práticas e produções, de modo que o médico acreditava que:

[...] a eugenia era um complemento às teorias de seleção natural e evolução das espécies de Charles Darwin. Para os eugenistas era possível, em relação aos seres humanos, racionalizar esta "seleção natural" com a finalidade de promover uma sociedade mais desenvolvida, a partir de seres humanos mais sadios e com uma formação genética "superior". Para tanto, buscava-se controlar a natalidade e eliminar os resquícios dos "degenerados", entendendo que as mazelas da sociedade eram oriundas da hereditariedade das "raças menos desenvolvidas". (TARELOW, 2013, p. 35)

Espelhando-se em ideologias disseminadas na Alemanha nazista para alcançar o tipo racial e social idealizado como "puro" e "superior" no Brasil, Pacheco e Silva defendeu a eugenia por intermédio de propostas políticas que visavam a esterilização compulsória dos diagnosticados como degenerados, exame pré-nupcial, campanhas antialcólicas, contra o "homossexualismo"⁵, restrição de imigrantes considerados oriundos de raças inferiores ou "menos desenvolvidas". Sendo assim, a eugenia e o biodeterminismo embasavam o projeto de medição e classificação da morfologia, fisiologia e temperamento de homens e mulheres, sobretudo ao longo da década de 1930 (WEINSTEIN, 2006; VIMIEIRO GOMES,

⁵ No contexto analisado por esta pesquisa e até 1990, a OMS considerava a homossexualidade como transtorno mental, sendo assim, devido o sufixo "ismo", o termo "homossexualismo" retome-se a um quadro patológico. Em 17 de maio de 1990, a Assembleia Geral da OMS oficializou a retirada do CID 302.0 (homossexualismo) da categoria "Desvio e Transtorno Sexual" do capítulo dos "Transtornos mentais" e declarou que a homossexualidade não constitui doença ou distúrbio. Portanto, o termo passa a ser substituído por "homossexualidade".

2012). Diante disso, foi possível considerar o impacto da eugenia sobre as emoções, colaborando para a fabricação de um sistema que define sentimentos positivos e negativos para a constituição da “raça” e identidade brasileira, forjando uma comunidade emocional e demarcando a atuação e influência de Pacheco e Silva diante desse cenário em parceria com outros médicos do contexto que compartilhavam os mesmos ideais.

A atuação do psiquiatra, diante desse cenário, contribuiu por aumentar sua influência social e política, implicando à fundação da Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM) em 1926, com sede nas instalações do Juquery e vinculada à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) ⁶, da qual era membro. Fundada nos pressupostos de higiene geral, em especial do sistema nervoso, a LPHM objetivou prevenção e proteção da população das diagnosticáveis doenças nervosas e mentais, segundo a nosografia existente; amparo do meio social aqueles recém saídos das instituições manicomiais e aos portadores de transtornos mentais; atuação parceira ao poder público estadual e municipal, promovendo sugestões e medidas no âmbito da saúde; disseminação de ideias consideradas modernas sobre a profilaxia mental, entre outras estratégias, como ratificam Lia Novaes Serra e Lia Vainer Schucman (2012).

André Mota e Maria Gabriela S. M. C. Marinho (2013), reiteram que Antonio Carlos Pacheco e Silva, enquanto um dos principais nomes da defesa das concepções eugenistas no país, recuperou o papel da psiquiatria como especialidade médica a serviço das práticas eugênicas. As práticas introduzidas na LPHM pressupunham a (re)educação da população, objetivando reduzir a quantidade de pessoas diagnosticadas com "doenças mentais" em São Paulo, fortalecer a autoimagem de "raça de gigantes" e garantir a de dignidade no conceito bio-social, fundada pelos sentimentos de superioridade regional, com a proposta de reorganizar a comunidade social e emocional paulista, sobretudo na capital. Dessa forma, marcadas pelo racismo, xenofobia, machismo e diversas outras formas de

⁶ Resultado dos processos de reurbanização, industrialização e reorganização social que reverberou na atuação médica sobre todas essas instâncias, que conferiu aos médicos maior autoridade sobre os espaços e a vida das pessoas, nos anos 20, os profissionais da saúde passaram a se organizar através de ligas nacionais e regionais, nas quais podiam partilhar conhecimento e alinhar-se nas suas ações e decisões. A Liga Brasileira de Higiene Mental foi uma importante entidade civil de reconhecimento público, fundada em 1923, pelo médico Gustavo Kohler Riedel (1887-1934), no Rio de Janeiro, com propostas de educação da população e incentivo de hábitos e valores considerados saudáveis conforme as normas médicas vigentes. A partir de 1926, a eugenia passou a ser o elemento principal de suas posições, atravessando os muros das instituições psiquiátricas (COSTA, 2007; POLUBRIAGINOF, 2016).

preconceitos que ferem minorias, as narrativas médicas de Pacheco e Silva revelaram que o médico "[...] insistia no argumento de que o preconceito racial nada mais era do que a reação de um espírito superior frente ao inferior. Assim, haveria uma tendência natural de se segregarem as raças por essa hierarquia." (MOTA; MARINHO, 2013, p. 205).

A atuação psiquiátrica de Pacheco e Silva também se ampliou para outros espaços manicomial, a saber, o Sanatório Pinel ⁷, fundado por ele próprio, o Instituto Pacheco e Silva ⁸, em 1944, e seu consultório particular, o qual manteve ao longo de cinquenta anos, estes três de caráter privado, investimentos que colaboraram para seu reconhecimento e sucesso no ramo empresarial paulista. Sua influência na área também lhe garantiu a colaboração e direção de importantes departamentos administrativos em São Paulo, quais sejam o Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo (DAPSP) ⁹, em 1930 enquanto primeiro diretor e, em 1934, sob indicação do setor industrial, ocupou a Assembleia Nacional Constituinte, onde disseminou e defendeu os preceitos eugenistas em projetos e propostas políticas.

⁷ O Sanatório Philippe Pinel foi construído em 1929 no município de Pirituba, no estado de São Paulo. Idealizado por Antonio Carlos Pacheco e Silva, o sanatório foi uma instituição privada, isto é, um espaço destinado para pessoas e famílias que poderiam pagar pelos tratamentos e internações. Os tratamentos eram destinados especialmente à assistência de pacientes diagnosticados de quadros considerados nervosos, psicopatas e toxicômanos. Em 1944, foi adquirido pelo Estado, passando a atender pacientes psiquiátricos de todas as classes sociais. Em 2008, após a reforma psiquiátrica, conforme a Lei 10.216, de 2001, o antigo sanatório tornou-se um Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) e passou a atender diversas especificidades para além dos transtornos mentais, como dependentes químicos e transtornos do espectro autista. Em novembro de 2018, o prédio foi tombado pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico de São Paulo. A preservação é importante para lembrar os horrores vivenciados por homens e mulheres internados na instituição, reiterando a relevância da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

⁸ Fundado em 1944, o Instituto Pacheco e Silva oferecia tratamentos ambulatoriais e internações de curta duração para um reduzido número de pacientes que poderiam pagar pelos tratamentos. Localizado na região central de São Paulo, a instituição contou com forte investimento que financiou sua estrutura e funcionários. Algumas décadas depois, Pacheco e Silva, em negócios com o governo paulista, vendeu o Instituto para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que em 1971 o reestruturou e inaugurou o Hospital Auxiliar de Cotoxó, que atualmente fornece assistência médico-hospitalar a pacientes transferidos do Instituto do Coração, Instituto da Criança e Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP (TARELOW, 2018).

⁹ "Constituída em 1930, a entidade tinha atribuições administrativas e científicas, centralizando a gestão dos estabelecimentos psiquiátricos públicos em território paulista. Ela atuou sob diversas denominações: constituída como a Assistência Geral a Psychopatas, teve sua designação alterada para Serviço de Assistência a Psicopatas entre 1938 e 1941, quando foi criada a Diretoria de Assistência a Psicopatas. A partir de 1947, tornou-se o Departamento de Assistência a Psicopatas, e assim foi mantida até 1968, com a sua extinção e a concomitante criação de dois Departamentos Psiquiátricos." (CARDOSO, 2020, p. 18).

As estratégias eugênicas, oriundas do campo da higiene, deveriam estar alinhadas com aquelas em vigência em outros países, como Estados Unidos e boa parte dos pertencentes ao território europeu, destacadamente na Alemanha, com a ascensão da ideologia nazista. Neste aspecto, a historiografia aponta que a eugenia emergiu como um “compromisso com a nação”, partindo da lógica de que os corpos, bem como os sentimentos, pertencem ao Estado e para o Estado, tornando estes mesmo corpos aptos ao trabalho, na lógica capitalista de lucro (URQUIZA, 1991; BERCITO, 2011; MARINHO; MOTA, 2013). Tendo em vista o papel da medicina no projeto de reorganização da sociedade e da vida urbana, as individualidades foram anuladas em prol do bem estar coletivo. Sob tais concepções e as idealizações de saúde para a coletividade, os sentimentos são inseridos no campo das patologias, permitindo considerar que, no contexto paulista, as emoções intoleradas, construídas sobre as narrativas e concepções médicas, passaram a ser diagnosticadas como doenças, devendo ser eugenizadas e higienizadas.

Nesse âmbito, a biografia de Antonio Carlos Pacheco e Silva revela o impacto de sua atuação e de seus ideais sobre a sociedade paulista. Assim, através da autoridade que lhe garantiu a legitimidade de seu discurso, de suas narrativas, o projeto de progresso nacional republicano, por meio de tais mecanismos de intervenção, foi ampliado e disseminado em vários espaços ocupados pelo médico ao longo da década de 1930, como sua atuação docente na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) ¹⁰, Escola Paulista de Medicina (EPM) ¹¹, Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo (ELSP) ¹² e na Faculdade de

¹⁰ Um dos maiores centros de pesquisa médico-científicas do país, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi fundada em 1912 e implantada em 1913, sob a diretoria do médico Arnaldo Vieira de Carvalho (1867-1920), naquele momento também diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia. O prédio atual da instituição começou a ser construído em 1928, com apoio financeiro da Fundação Rockefeller, que colaborou para a modernização de laboratórios e centros de pesquisas na capital paulista.

¹¹ Como aponta a página *online* oficial da instituição, a Escola Paulista de Medicina, hoje vinculada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), foi a 11ª escola de medicina do Brasil, fundada em 1933 e reconhecida oficialmente em 31 de maio de 1938. Dentre 30 médicos que assinaram o documento que fundou a EPM, figura em 5º lugar, devido à ordem alfabética, o nome de Antonio Carlos Pacheco e Silva. Sua participação na fundação da EPM e ELSP permite considerar sua influência não somente no campo médico, mas também nas ciências políticas, jurídicas e sociológicas no âmbito paulista, revelando o impacto e o lugar da medicina sobre diversas áreas sociais, educacionais, políticas e econômicas.

¹² Oficialmente fundada em 1933, a Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo, hoje nomeada de Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP), foi idealizada por um grupo de intelectuais das elites paulistas do período, marcado por intensas agitações políticas. Sua fundação emerge de um contexto de criação de escolas e faculdades visando a capacitação e profissionalização em diversas áreas, resultado dos amplos investimentos nacionais e internacionais nas ciências em São Paulo, que colaboraram por figurar a capital como uma cidade-laboratório.

Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP) ¹³. Como destacado por Tarelow, se, até aquele momento, Pacheco e Silva era “[...] um psiquiatra que tinha sua imagem associada à gestão hospitalar, passou ocupar o rol dos docentes detentores de maior poder e prestígio em São Paulo” (2018, p. 182).

A historiografia sobre Pacheco e Silva, sua trajetória de vida, funções que cumpriu e lugares de relevância que ocupou, elucidam que seu ingresso no meio acadêmico, enquanto professor universitário, se deu em consequência de suas ações e contatos políticos estabelecidos em especial no começo dos anos 30, enquanto ativo nos processos sociais que envolveram a guerra civil de 1932. Além de sua influência no ramo político, era hábil em desenvolver laudos e diagnósticos forenses para as autoridades policiais, o que lhe garantiu reconhecimento na área, facilitando seu ingresso como professor de Psicopatologia Forense na FDUSP em 1931, permanecendo na instituição até 1933. A trajetória de Pacheco e Silva na Faculdade de Direito de São paulo foi um período determinante para a publicação de seu compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense* em 1940, como resultado da união de materiais de suas aulas ministradas na instituição, bem como palestras, exposições e fotografias que emergiram de sua experiência enquanto médico e diretor de hospitais psiquiátricos. O manual evidencia elos interdisciplinares entre Psiquiatria e Direito com o objetivo central de sanar uma população considerada doente e de preservação do que não havia "degenerado", conforme concepções eugenistas, de natureza excludente e discriminatória (SOUZA CAMPOS, 2003; FERLA, 2005; TARELOW, 2018).

Em 1933, lecionou e colaborou para a fundação da ELSP e da EPM, no mesmo período em que participou ativamente dos movimentos que demarcaram a

¹³ A Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo foi fundada em 11 de agosto de 1827 e contou como primeiro diretor o advogado José Arouche de Toledo Rendon (1756-1834). Localizada no Largo de São Francisco, na região central da capital de São Paulo, a Faculdade foi responsável pela formação acadêmica de importantes nomes da política brasileira, desde presidentes até membros de movimentos sociais.

Revolta Constitucionalista contra o governo de Getúlio Vargas ¹⁴. Deixou ambos os cargos em 1935, para dedicar-se a um sonho antigo, lecionar na FMUSP. Foi contratado temporariamente para aplicar Clínica Psiquiátrica na instituição e, em 1936, foi efetivado ao passar em primeiro lugar no Concurso de Provas e Títulos, tornando-se Catedrático de Psiquiatria, disputando o cargo com o psiquiatra e psicanalista Durval Bellegarde Marcondes (1899-1981), com quem trocava desafetos.

Como catedrático, ampliou o Hospital das Clínicas e criou, em 1952, o Instituto de Psiquiatria “Doutor Antonio Carlos Pacheco e Silva” do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HCFMUSP), importante centro de estudos psiquiátricos da América Latina e que, ao carregar seu nome desvela a revelância e influência do médico sobre o contexto psiquiátrico paulista. Enquanto docente, Pacheco e Silva defendeu os princípios eugenistas em suas aulas. Como destacou Tarelou:

[...] suas aulas propunham a análise sobre os problemas enfrentados pelas grandes cidades brasileiras a partir da ótica da biologia e da hereditariedade. Destacava o aspecto ‘incivilizado’ da população brasileira para fomentar a análise sobre a pobreza, desemprego, fome e miséria. As teorias sobre a degeneração da população e as mazelas da miscigenação da população brasileira se faziam presentes em suas aulas sobre o dever ou não do Estado assistir a população mais pobre. (2018, p. 187)

Estudos de referência elucidam o impacto da atuação do médico nas instituições de ensino superior nas quais lecionou, sobretudo, diante do objetivo de legitimar a psiquiatria enquanto ciência e sua representação acerca da legislação brasileira em vigência a partir da formação de outros profissionais da área da

¹⁴ A Revolta Constitucionalista de 1932 foi resultado de tensões políticas e sociais geradas a partir das crises políticas e econômicas que emergiram no contexto brasileiro em 1929, que colaborou para a Revolução de 1930 levando Getúlio Vargas ao poder por meio de um golpe e retirando o paulista Júlio Prestes do seu posto. Como aponta Boris Fausto, "a elite de São Paulo defendia a constitucionalização do país, a partir dos princípios da democracia liberal. [...] A bandeira da constitucionalização e da autonomia sensibilizou amplos setores da população e facilitou a aproximação do PRP e do PD. Isso ocorreu durante a formação da Frente Única paulista, em fevereiro de 1932" (2006, p. 342). O estopim para o levante foi o episódio marcado pelo assassinato de quatro jovens (Martins, Miragaia, Dráusio e Camargo) em uma tentativa de invasão da sede de um jornal tenentista, resultando na organização civil paramilitar, M.M.D.C. A revolta teve início em 9 de julho de 1932. São Paulo, ainda que tivesse simpatizantes em outros estados, acabou isolado, contando com a Força Pública e mobilização popular. As forças paulistas estavam desequilibradas em comparação com as do governo federal, entretanto, a guerra civil se estendeu ao longo de três meses, mas São Paulo saiu derrotado.

Medicina e Direito, visando à preservação de uma “raça pura” e a segurança social e nacional dos perigos empregados pelos diagnosticados como “loucos criminosos” (FERLA, 2005; DIAS, 2015). Sua trajetória desvela elos entre política e saúde na sociedade paulista, bem como em âmbito internacional, por meio de experiências em diversos hospitais psiquiátricos de países como França, Estados Unidos, Suécia, Alemanha e outros localizados na América Latina. Seu amplo currículo também indica sua atuação na direção da Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto membro do conselho de peritos em saúde mental, como identificado na fotografia ¹⁵ disposta no tópico 11, “A Higiene Mental na Organização Mundial da Saúde”, do capítulo “Higiene Mental”, inserido em sua mais famosa obra, o manual *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951).

¹⁵ O uso das fotografias na presente dissertação não pretendeu fazer uma análise de imagem, mas compreende esse material como texto. Dessa forma, a iconografia do compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense*, colabora como fonte auxiliar para a construção de uma narrativa da história da psiquiatria paulista sob o olhar de Antonio Carlos Pacheco e Silva.

Figura 1 – "1º Comitê Nuclear de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde"



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951, p. 210)

Antonio Carlos Pacheco e Silva foi personagem ativo em diversos âmbitos da sociedade nacional e internacional, o que lhe garantiu poder e *status*. Resultado de sua atuação na área da Psiquiatria e Direito, ocupou importantes posições e cargos, como no Comitê Nuclear de Saúde Mental da OMS, onde defendeu amplamente os pressupostos eugênicos e de higiene mental. Nesse grupo, como observado no registro fotográfico, esteve ao lado de L. Yü-Lin Ch'eng, do *Provincial Mental Hospital*, da China; J. Hádlink, diretor da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Palacky, da Tchecoslováquia; W. C. Menninger, da *The Menninger Foundation*, dos Estados Unidos e, M. V. Govindaswamy, superintendente do *Mysore State Mental Hospital*, da Índia. O material também evidencia o lugar do Brasil diante do cenário e das propostas de saúde perpetuadas no período e compartilhada por diversos países, enfatizando a higienização e eugeniação das sociedades, sob projetos de modernização e civilidade através da saúde física, mental e emocional.

Como sinalizado por Talerow (2018), o currículo de Pacheco e Silva permite observar que sua trajetória médica influenciou ações tomadas em outras áreas de sua vida, não podendo ser compreendidas separadamente, sendo um político que atuou no ramo psiquiátrico e um psiquiatra que atuou na política. A análise de sua trajetória de vida, bem como os ideais e concepções defendidos, sob propostas para a construção de uma história das emoções, possibilitou conjecturar que a influência do médico colaborou, em parceria com colegas de trabalho, para a fabricação de um sistema de sentimentos idealizados para a vida urbana paulista como saudáveis e não saudáveis embasado na eugenia, organicismo e higiene, forjando através do discurso e saber psiquiátrico e em sua política, um ideal de comunidade emocional paulista, alinhados aos projetos de identidade nacional e de futuro para o Brasil, no qual aqueles que não se enquadravam no padrão de saúde emocional imposto, poderiam ser considerados loucos e degenerados, internados em manicômios, vítimas de terapias biológicas e ter seus bens interditados por incapacidade civil.

O contexto de guerra civil de 1932, como aponta Barbara Weinstein (2006), demarca um cenário de fortalecimento dos ideais que enfatizaram concepções de superioridade regional e racial paulista, de modo que a campanha constituinte promoveu retratos depreciativos insólitos de brasileiros de outros estados e regiões. Considerando os entrelaçamentos da história das emoções com outros tipos de história, como a política, observou-se, por meio da biografia de Pacheco e Silva, sua ocupação na esfera pública enquanto Deputado Federal e Estadual pelo Partido Constitucionalista, primeiro vice-presidente do Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT)¹⁶, bem como participante ativo da guerra civil de 1932, como um dos membros fundadores do movimento paramilitar M.M.D.C.¹⁷ contra o governo de Getúlio Vargas (1930-1945). As ideologias defendidas pelo médico-político também indicam sua posição conservadora, anticomunista, eugenista e entusiasta das ideais

¹⁶ Associação fundada em 1931 como uma resposta à crise econômica gerada após a Queda da Bolsa de Nova Iorque, em 1929, que afetou diversos setores mundiais e brasileiros. O IDORT objetivava disseminar uma organização científica do trabalho, "[...] promover eficiência e aumentar a produtividade na produção e em outros setores de atividades. Trata-se de uma sociedade civil, sem fins lucrativos, vinculada ao movimento internacional de difusão do taylorismo." (CORREIA; ALMEIDA, 2013, p. 36). A participação ativa de Antonio Carlos Pacheco e Silva na associação foi importante, visto que as articulações e contatos estabelecidos foram fundamentais para conseguir apoios que o levaram à Assembleia Nacional Constituinte.

¹⁷ O movimento M. M. D. C. é nomeado a partir das iniciais dos sobrenomes de Cláudio Bueno Miragaia, Mário Martins de Almeida, Dráusio Marcondes de Sousa e Américo Camargo de Andrade, quatro estudantes paulistas mortos em 1932, durante ação contra o governo de Getúlio Vargas, que culminou na Revolta Constitucionalista de 1932.

que promoveram a identidade paulista como superior aos demais estados e regiões do país, que se deu, destacadamente, em sua atividade enquanto psiquiatra e que evidencia também valores sentimentais vigentes entre os grupos sociais aos quais o médico pertencia, revelando o orgulho e vaidade, mas também ódios, medos e inseguranças que representam a identidade das elites paulistas que compartilhavam esses ideais. Como consequência dos ideais e sentimentos que cruzam sua trajetória, alinou-se aos militares brasileiros no golpe de 1964, que instaurou a Ditadura Militar (1964-1985), sendo um dos signatários do documento que fundou o partido que sustentou o golpe, o Aliança Renovadora Nacional (ARENA) (MARINHO; MOTA, 2013; TARELOW, 2018).

A trajetória de Antonio Carlos Pacheco e Silva nos anos 20 e 30 do século XX demarca o período em que construiu sua imagem pública, ocupando cargos e lugares de destaque. Sua biografia é marcada pelas transformações da vida urbana paulista e brasileira e muitas das quais foi sujeito ativo, considerando sua posição e profissão enquanto médico, político e professor de instituições de ensino superior de renome. Por intermédio dos estudos de referência sobre sua vida, foi analisado o sentimento de desejo por uma sociedade homogênea, construída por meio das ações eugênicas e higiênicas, pois “os médicos, enquanto sujeitos constituídos por discursos e práticas que direcionavam suas ações, pertenciam à elite paulista e pretendiam disseminar as suas práticas para o restante da população” (PEREIRA, 2016, p. 60), acreditando que este era o caminho para sanar uma população considerada degenerada e doente e preservar a “raça” paulista, autodenominada herdeira do sangue e alma bandeirante (ASSUMPÇÃO JR, 2003; SERRA; SCARCELLI, 2014; TARELOW, 2018), o que reverberou na idealização de uma organização emocional que constituiria a identidade dessa “raça”, forjando um projeto de comunidade emocional com valores próprios.

Estudiosos das emoções reiteram o impacto da modernidade e do surgimento dos ideais de civilidade que emergiram na virada do século XIX para o XX, na alteração de concepções sobre as manifestações emocionais e as experiências sensíveis (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE, 2020). Nesse contexto, novas formas de compreender e vivenciar os sentimentos foram, sobretudo, idealizadas pelas elites políticas e intelectuais. Diante desta perspectiva, enquanto médico, político e intelectual, Pacheco e Silva contribuiu, por intermédio de sua influência,

para a fabricação e disseminação de normas para a comunidade social de São Paulo baseadas nas concepções eugênicas e higiênicas que impactaram, não apenas no corpo e na mente, mas nos sentimentos, pois, "[...] estaria circunscrita uma linhagem que, a partir de seus laços de *paulistanidade*, pode usar a eugenia como bandeira de reafirmação de uma raça com destino e definições próprias" (MOTA, 2003, p. 98). Sendo assim, tais definições estendem-se sobre as emoções e suas formas de vivenciá-las forjando um padrão ou sistema de sentimentos que constituiriam a paulistanidade, ao mesmo tempo, também foi possível considerar que este conceito pode ser classificado como sentimento, pois a população deveria sentir "paulistaneamente".

A "paulistanidade" atravessa a trajetória e narrativa médica de Antonio Carlos Pacheco e Silva e indicam a fabricação de representações que modelaram o viver na pauliceia, como reiterado pela historiografia (RIGONATTI, 2003; MOTA; MARINHO, 2013; TARELOW, 2018). Nesse sentido, a partir das representações, foram organizadas normas que estabeleceram e impuseram um ideal de ordem projetada por membros das elites intelectuais e políticas, como os médicos e advogados. Diante disso, os resultados de pesquisa permitiram supor que as concepções emergentes das narrativas de Pacheco e Silva, assim como possivelmente de outros médicos do período, incidiram na criação de perigos sociais e reverberaram nos sentimentos de medo, nojo, repulsa, superioridade que transcenderam do sentimento construiu a identidade paulista à época.

As experiências emocionais vivenciadas pelos paulistas, construídas pelos discursos e narrativas médicas, resultaram na compreensão que aqueles que desviavam do idealizado para a comunidade social eram degenerados e loucos. Os sentimentos, inseridos no campo das patologias, também passam a ser indicativos de perigos à civilidade e modernidade idealizadas pelas elites intelectuais e políticas do período em questão, como tristezas, sofrimentos, fracassos e desejos de dar cabo à própria vida, ao passo que as narrativas construídas por intermédio do manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, uma das mais importantes obras de Pacheco e Silva, se tornou um referencial para a identificação dos corpos, mentes e sentimentos diagnosticados anormais e doentios forjando uma norma, um projeto sobre o viver e o sentir na pauliceia.

1.2 Entre Compêndios Médicos: Psiquiatria Clínica e Forense, um projeto para os corpos, mentes e sentimentos

Um dos meios de divulgação das abordagens teórico-metodológicas e práticas do saber médico foi por intermédio de manuais publicados em âmbito nacional e internacional, sobretudo do último, que eram importados para o Brasil de Portugal e França. A palavra “manual” advém do latim *manualis*, fazendo alusão ao trabalho com as mãos, de modo que ao tratar-se de um livro, remete-se a um material que pode ser facilmente carregado e consultado, apresentando conhecimentos de uma ciência e divulgando conhecimentos sistematizados nas academias. A publicação, distribuição e comercialização desses materiais no século XX, permitem refletir acerca da difusão, popularização e divulgação da ciência do período, que passou ocupar maior espaço na vida privada e pública da sociedade brasileira, destacadamente nas grandes capitais como São Paulo e Rio de Janeiro. No âmbito da saúde, sublinha também a divulgação massiva dos projetos de medicalização, consequência do lugar ocupado pelos médicos no processo de modernização e reorganização da vida nas metrópoles em transformação.

Betânia Gonçalves Figueiredo aponta à análise dessas fontes como elementos que possibilitam questionar a alteração nas concepções sobre os corpos no campo da saúde, isto é, “[...] o que é ser saudável e o seu oposto, a doença, a não-saúde” (FIGUEIREDO, 2005, p. 60), em épocas e comunidades diversas, considerando suas singularidades. Partindo dos pressupostos teóricos da história do sentimento e da historiografia, que abordam a distribuição de livros didáticos médicos, foi possível inferir acerca do poder médico de fabricar normas que objetivaram normatizar, por intermédio da medicalização, a vida, o corpo, a mente e emoções, pois suas produções serviam como materiais para formação de outros médicos e advogados, mas também como guia para profissionais já formados e praticantes dos ofícios que abrange, de modo que as ideias expostas em suas páginas podiam ser replicadas no cotidiano, resultando na organização e sistematização de emoções na sociedade (CHARTIER, 1998; ROSENWEIN, 2011).

Ao discutir a história do livro e da leitura, Roger Chartier (1998) destaca a interação leitor-livro no sentido editorial, ou seja, elementos que compõem o *design*, diagramação e processo editorial, mas também a narrativa apresentada, de modo

que a leitura, o sentido dado e as razões para consumi-la podem ser divergentes entre leitores ou grupos sociais. Entretanto, ainda que em circunstâncias diferentes os leitores possam ler à sua maneira, a reprodução em escala, resultado da industrialização do livro e do crescimento do mercado editorial, produziu uma comunidade que organiza e reproduz práticas, divulgando o texto, disseminando conteúdos lidos ou que se pretende fazer conhecer. Nesse sentido, Chartier aponta para um risco diante da possibilidade da pulverização das noções do autor nas construções de verdades e sentimentos.

Essa questão pode ser identificada com a divulgação e consumo de compêndios médicos, isto é, utilizados para disseminar normas e hábitos considerados saudáveis, porém, que definem comportamentos e sentimentos considerados benéficos, bem como seu oposto, diagnosticados doentios. A Psiquiatria em suas formas clínica e forense desvelam práticas médicas propagadas através de manuais, impactando relações sociais e a vida na metrópole paulista em ampliação ao longo dos anos 20 e 30 do século XX.

A historiografia sobre a Psiquiatria Forense no Brasil, revela sua origem em meados do século XIX, a partir da constituição e institucionalização do campo da medicina-legal, oficializando elos interdisciplinares entre os saberes médico e o jurídico (RIGONATTI, 2003; FERLA, 2005; BASSO, 2014). Um exemplo que demarca seu emprego em São Paulo foi a publicação do compêndio de Francisco Franco da Rocha, intitulado *Esboços de Psychiatria Forense*, que define a prática como determinante para diagnosticar “[...] a existencia ou não existencia desse estado morbido cerebral, afim de poder o juiz, de acôrdo com a opinião dos peritos psychiatras applicar as determinações dos codigos.” (ROCHA, 1904, p. 5).

Publicado pela tipografia Laemmert ¹⁸ em 1904, *Esboço de Psychiatria Forense* foi dividido em 6 capítulos que anunciavam noções etiológicas, de sintomatologia geral, perícia psiquiátrica, formas de manifestações das denominadas “moléstias mentais” e seus prognósticos, e objetivava servir, conforme o autor, de “[...] auxilio mnemonico a juristas e medicos, quando porventura precisem ter deante

¹⁸ Como aponta o *site* oficial da Biblioteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional, a Typographia Universal de Laemmert foi fundada pelos irmãos alemães Eduardo e Henrique Laemmert em 1838, no Rio de Janeiro. Considerada uma grande empresa, a tipografia é associada a importantes avanços na produção gráfica no Brasil do século XIX e início do XX, e também foi responsável pela produção do papel moeda para o Estado de São Paulo. Durante o período de funcionamento, publicou 1.440 autores brasileiros, dentre eles, Francisco Franco da Rocha.

dos olhos, em rápida synthese, rudimentos de psiquiatria que lhes esclareçam certas questões forenses e os orientem num estudo mais profundo.” (ROCHA, 1904, p. V). As análises desenvolvidas por Franco da Rocha e casos dispostos entre os capítulos sublinham sua trajetória enquanto médico alienista no Hospício de Alienados de São Paulo ¹⁹, antes de tornar-se diretor no Hospício do Juquery.

O alienista foi importante personagem da história da psiquiatria brasileira que implica a fundação do Juquery, mas também a Faculdade de Medicina de São Paulo na década de 1910. Franco da Rocha foi, como caracterizado por Paulo Silvino Ribeiro, “intelectual de seu tempo [...]”, tendo publicado “[...] muitas de suas ideias em artigos científicos e jornais de grande circulação, revelando-se como um entusiasta em parte de sua obra com as teorias psicanalíticas que Freud defendia naquele momento” (2012, p. 145), destacadas no decorrer de seu compêndio. É reiterado ainda, que o médico embasou sua prática em teorias que emergentes dos preceitos darwinistas e da medicina forense, perpassando pela psicanálise, abordagem da qual foi um dos precursores no Brasil, seguido por outros importantes nomes, como o psiquiatra, psicanalista e seu ex-aluno, Durval Bellegarde Marcondes, considerado um de seus principais pupilos.

Propondo sua obra como um esboço, acrescentou que dentre as pretensões com a publicação, visou provocar o interesse de outros especialistas do campo para o desenvolvimento de uma obra mais completa que contemplasse as questões da Psiquiatria Forense, indicando à escassez de produtos nacionais que abrangiam à temática. Como um marcador do início da prática no país, evidencia o lugar que ocuparam os médicos na sociedade brasileira enquanto legisladores preocupados “[...] com as providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo.” (BASSO, 2014, p. 99), implicando a atuação diante da missão de normatizar os corpos, mentes e sentimentos por intermédio da fabricação e padrões que constituiriam a modernidade e civilidade nos moldes republicanos e paulistanos no início do século XX.

¹⁹ Fundado em 14 de maio de 1852, o Hospício de Alienados localizou-se primeiramente na Rua São João, na região central da capital paulista, em uma casa alugada pela província. Funcionou até meados de 1864, sendo transferido para um edifício de propriedade provincial na Ladeira da Tabatinguera. Como rastreiam Ana Maria Galdini Raimundo Oda e Paulo Dalgalarro, “esse local permaneceu funcionando até 1903; o Hospital-Colônia de Juquery seria inaugurado, ainda parcialmente concluído, em 1898, mas só em 1903 terminaria a transferência dos internos para o novo Hospício, cerrando-se então definitivamente as portas da casa da Tabatinguera. Os relatórios se referem, portanto, ao Hospício de Alienados em seus dois primeiros edifícios, antes do Juquery.” (2005, p. 987).

Passados 36 anos da publicação de Franco da Rocha, um novo manual foi publicado em São Paulo, possibilitando supor a ampliação da divulgação e impacto do saber médico-legal no país. Trata-se do compêndio de seu aluno e sucessor na direção do Juquery, Antonio Carlos Pacheco e Silva, intitulado *Psiquiatria Clínica e Forense*, publicado pela Companhia Editora Nacional ²⁰. A publicação em capa dura, constituída de 47 capítulos, 66 fotografias e 562 páginas, obteve enorme sucesso de vendas, indo na contramão da realidade do mercado editorial nacional, que encontrava-se em crise, resultado dos conflitos sociais e econômicos nacionais e internacionais que afetaram a economia, que resultou na falência e encerramento de atividade das poucas editoras no Brasil.

Como permite considerar estudos, os investimentos das editoras no início do século eram em sua maioria destinados à publicação de livros didáticos médicos e jurídicos, possivelmente devido às formações entre as elites, consumidoras desses produtos, se efetivarem nas áreas (COUTO, 2006; LABANCA, 2010). Além disso, os preços altos dos livros não condiziam com a realidade da maioria da população, afastando pessoas da literatura, o que pode ser considerado um marcador de desigualdades sociais, bem como aponta à possibilidade da baixa circulação de outros gêneros literários.

Sobre a construção do manual, enquanto texto e narrativa, Paulo Fernando de Souza Campos afirma que “[...] o compêndio escrito por Pacheco e Silva é uma bricolagem dos manuais já existentes, cujo conteúdo é retirado de publicações anteriores, discursos e conferências proferidos nos incontáveis congressos dos quais o médico sempre participava” (2003, p. 126). Tal constatação pôde ser confirmada por intermédio de análise comparativa dos capítulos publicados em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1940; 1951) com outros textos de autoria do médico disponíveis no “Fundo Pacheco e Silva”, localizado no acervo do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP, como a coletânea *Palavras de Psiquiatria* (1950) e *Desajustes Psico-sociais* (1973), entre outros livros, artigos e folhetos produzidos ao longo de sua extensa carreira. O compêndio foi amplamente empregado na formação de médicos e advogados atuantes nas áreas da psiquiatria clínica e

²⁰ Fundada em 1925 por Monteiro Lobato (1882-1948) e Octalles Marcondes (1901-1973), a Companhia Editora Nacional é responsável por inovações no âmbito da indústria editorial, por exemplo, com a importação de novas tecnologias de impressão e na dinâmica de distribuição. Em 1975, a editora passou a fazer parte do Grupo do Instituto Brasileiro de Edições Pedagógicas (IBEP).

criminal, mas também na psiquiatria geral, infantil e de guerra, atravessando gerações nas ciências médicas e jurídicas, sobretudo no Estado de São Paulo, mas não somente, pois o manual foi utilizado e indicado como material didático fundamental em cursos de Medicina e Direito em diversas instituições de ensino superior no país (FERLA, 2005; TARELOW, 2018; SIQUEIRA, 2022).

O parecer anexado nas primeiras páginas do manual, emitido pela Comissão de Professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, assinado por Antônio de Almeida Prado (1889-1962), médico, pesquisador e professor universitário, quinto reitor da Universidade de São Paulo; Flamínio Fávero (1895-1982), diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e professor de Medicina Legal da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie e Adherbal Pinheiro Machado Tolosa (1899-1973), catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aprovou unanimemente em sessão extraordinária, ocorrida em 24 de janeiro de 1940, a publicação de *Psiquiatria Clínica e Forense*. O texto publicado em formato de parecer reitera a importância da obra em um contexto de escassez de materiais médicos nacionais de caráter didático, questão evocada por Franco da Rocha em 1904, que impunha a importação de livros e compêndios escolares e universitários, marcando também um cenário de crescimento de publicações nacionais, resultado dos amplos investimentos nacionais e internacionais nas ciências, especialmente nas áreas da saúde, que colaboraram por caracterizar a capital paulista como uma "cidade-laboratório" no início do século XX (ALMEIDA; DANTES, 2001; SILVA, 2003; MARINHO, 2013). Diante disso, os médicos mencionam a necessidade de "[...] pôr ao alcance do estudante livros acessíveis a tôdas as posses [...]", disseminando mais facilmente os resultados de pesquisas e estudos desenvolvidos e "[...] promover o estudo das nossas cousas, vistas pelo ângulo pelo qual se apresentam no ambiente brasileiro." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 9).

Não foi possível levantar a quantidade de exemplares de *Psiquiatria Clínica e Forense* colocados à venda quando lançado em 1940, porém, como apontam pesquisas, o compêndio foi divulgado e consumido no Brasil todo, permitindo considerar uma vasta disponibilização de exemplares (SOUZA CAMPOS, 2003; TAVOLARO, 2020; SIQUEIRA, 2022). Esgotada a primeira edição, em 1951, o sucesso do compêndio resultou na publicação de uma nova, dessa vez pela editora

Renascença, com uma ampliação do material originalmente divulgado na década anterior. As reformulações e adaptações são, como afirma Pacheco e Silva no prefácio dessa edição, resultado da ampliação de trabalhos e resultados de pesquisa do período referentes à área entre 1940 e 1950 e destaca os impactos do saber médico-legal sobre todas as instâncias da vida, demonstrando que, cada vez mais, o poder e autoridade dos profissionais ampliavam-se sobre o viver, na criação de normas que reverberaram no sentir na primeira metade do século XX e que possuem continuidades na atualidade, mesmo com a Reforma Psiquiátrica oficializada em 6 de abril de 2001, pela Lei Nº 10.216.

A edição de 1940 anuncia bases teórica-metodológicas emergentes no saber psiquiátrico do período e apresenta, dentre sua iconografia, 47 capítulos, fotografias numeradas, fichas biotipológicas, mapas e plantas do complexo hospitalar do Juquery e 48 casos referentes a pareceres psiquiátricos e relatórios médico-legais que concernem interdições e internações de pessoas acusadas de crimes associados a transtornos mentais e outras que, devido o diagnóstico, não eram consideradas aptas para gerir seus bens e viver plenamente seus direitos civis, conforme o Código Civil de 1916. A edição de 1951 possui conteúdo semelhante, no entanto, o número de capítulos foi elevado para 51 e de casos para 50. Ambas edições apresentam, além de citações de diversos médicos brasileiros e estrangeiros, trabalhos parceiros com profissionais que foram personagens importantes do cenário paulistano do período ²¹ e que contribuíram para a disseminação e fabricação de normas sobre o viver e o sentir.

Ampliando a perspectiva apresentada por Franco da Rocha (1904), *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Pacheco e Silva, remonta a literatura médica brasileira. Suas duas edições disseminaram um conhecimento culturalmente compreendido como incontestado, posto a autoridade e legitimidade da origem de sua produção, isto é, a médica. Pautado em teorias eugenistas, higienistas, biodeterministas e organicistas,

²¹ Dentre os 50 casos expostos nas páginas da edição de 1951 do manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, além da assinatura de Pacheco e Silva nos pareceres, é possível encontrar, segundo mapeamento feito no documento, os nomes de 25 outros médicos que assinam como parceiros ou autores principais nos materiais publicados. São eles: Enjolras Vampré, Virgílio de Camargo Pacheco, André Teixeira Lima, Raul Bressane Malta, Francisco Marcondes Vieira, João de Monlevade, André Teixeira Lima, Cantídio de Moura Campos, Leopoldino Passos, Nelson de Toledo Ferras, Paulo Pinto Pupo, Celso W. de Magalhães, Francisco Franco da Rocha, J. Rebello Neto, Olinto Matos, Celestino Bourroul, Fausto Guerner, Pedro Augusto da Silva, Paulino Watt Longo, Fernando de Oliveira Bastos, José Vaz do Amaral, João Carlos da Silva Telles, A. de Almeida Prado, Mário de Gouvêa e Arthur Guimarães Junior.

o conteúdo disposto divulgou estratégias para a identificação e diagnóstico dos considerados "doentes mentais", "loucos", "criminosos natos" e outros tipos entendidos pela medicina do período como "perigos sociais", revelando medos sociais, como medo das doenças e das loucuras, mas também das manifestações públicas de sentimentos entendidos como descontroles. A análise desenvolvida sobre o documento evidencia a perpetuação de preconceitos e discriminações, como destacado no capítulo "Causa das Doenças Mentais", que permitiu identificar através dos tópicos anexados, concepções racistas, xenófobas, homofóbicas, bem como intolerâncias religiosas, etarismo, machismo, dentre outros discursos violentos, que marginalizam e estigmatizam tantas pessoas e grupos sociais. Tais discursos, como destacam estudiosos, foram responsáveis por internações, prisões e interdições de diversas pessoas em manicômios durante o período (CUNHA, 1986; TARELOW, 2013).

Após a implementação da República, surgiu entre as elites intelectuais e políticas a necessidade de organizar e coordenar as interações sociais por meio de padrões normativos impostos (COSTA, 1979; LUCA, 1999; MOTA, 2003; CARVALHO, 2017). O compêndio foi publicado em um contexto marcado pela ascensão da modernidade no âmbito urbano e social, refletido pela fabricação de um ideal de civilidade, inspirado nos hábitos e experiências sensíveis das elites paulistas. Diante desse cenário, o caráter interventivo e disciplinador da psiquiatria sobre a sociabilidade e a vida pública e privada se fortaleceu com o objetivo de definir o normal e o patológico, segundo interesses dos grupos dirigentes e "[...] tomando por referência os fenômenos comportamentais positiva ou negativamente valorizados nas relações sociais e buscando valer-se da autoridade do testemunho científico, isto é, das proposições (também socialmente) investidas do valor de verdade" (AYRES, 2012, p. 7), forjando a construção de regimes sobre as experiências sociais e emocionais, que reverberam na organização das comunidades.

Estes regimes, analisados sob a perspectiva histórica e teórica do sentimento, permitiram inferir acerca da fabricação de sistemas de sentimentos e comunidades emocionais, como proposto por Barbara H. Rosenwein (2006; 2011), ao indicar a influência das organizações das sociedades e, de que modo implica a criação de características emocionais valorizadas e desvalorizadas. A historiadora, ao apontar

possibilidades para uma história das emoções a partir das comunidades emocionais, propõe uma análise das experiências sensíveis sobre os contextos históricos aos quais as comunidades transitam, isto é, impressões e sensibilidades de pessoas, membros de comunidades sociais sobre determinados acontecimentos históricos, que, ao partilhar impressões, valores e emoções sobre tais eventos, se constituem como comunidade emocional.

A presente pesquisa partiu de seu conceito para analisar a organização de um ideal de comunidade, ou seja, como a comunidade emocional paulista foi projetada e idealizada, considerando que os sentimentos são fabricados, organizados e sistematizados por normas e valores culturais e morais, principalmente por aqueles que estão em posição de poder. Nesse sentido, profissionais no âmbito da psiquiatria clínica e forense, ultrapassando os muros dos manicômios e a disseminação de seu saber por intermédio de compêndios, como o de Franco da Rocha, em 1904, e de Pacheco e Silva, em 1940 e 1951, colaboraram com a medicina do período para fabricar e propagar normas que implicam o sentir, definindo o normal e o patológico, delimitando o que seria emocionalmente tolerado e intolerado dentro da comunidade, conforme os valores de paulistanidade e republicanismo.

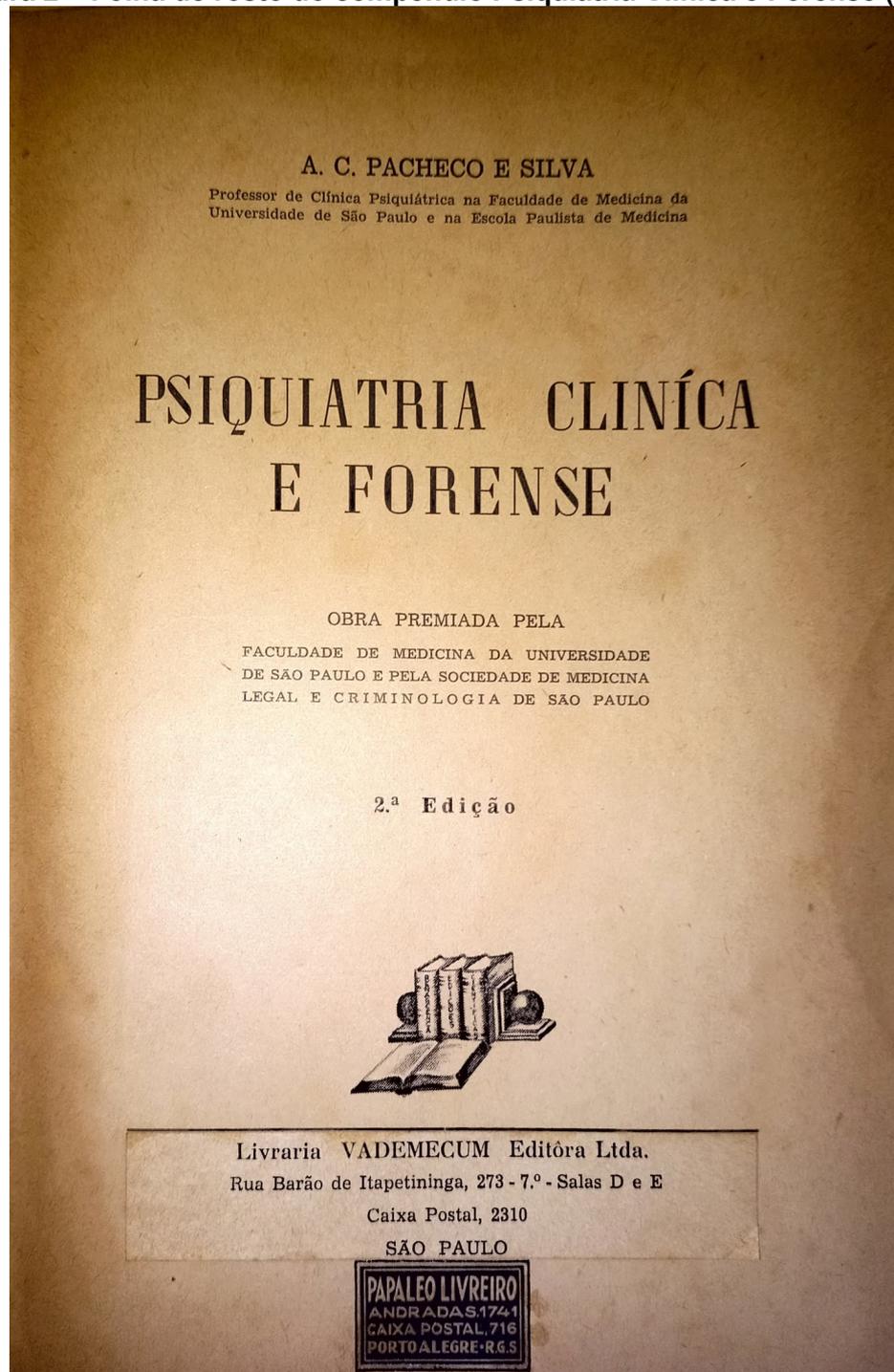
Centralizando o olhar para a vida na capital, foi possível verificar como normas foram estabelecidas sobre o viver, definindo um novo sistema de sentimentos que constituiriam a identidade paulistana, valorizando emoções, como o orgulho e a felicidade e desvalorizando outras, como as tristezas e a solidão, que poderia gerar desejo de se matar. Ao mesmo tempo, colaborou para diagnosticar as experiências sensíveis consideradas nocivas, doentias e perversas, que definiam os perigos e medos sociais, como desvelado pela historiografia (MOTA, 2005; MONTEIRO; CARNEIRO, 2012; FAUSTO, 2014). Essas perspectivas podem ser observadas no compêndio de Pacheco e Silva a partir de passagens de definem o normal e o patológico em diversos âmbitos, como condutas femininas, corpos negros e homossexuais, perfis de imigrantes e migrantes, comportamento infantil, mas também sobre o sentir, que atravessa todos os outros.

Na folha de rosto do compêndio, além do nome de Pacheco e Silva e sua atuação docente, apresenta-se os prêmios que o compêndio recebeu. Como foi possível verificar, o manual foi premiado em 1939, antes mesmo de sua publicação, que ocorreria somente no ano seguinte, pela Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo e pela Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo ²², revelando a importância dada à obra no âmbito acadêmico, mas também nacional. Ao mesmo tempo sublinha a relevância para a disseminação do saber e da prática médico-legal no cenário paulista, devido os pressupostos defendidos pelos grupos responsáveis por sua publicação e suas atuações sobre a vida urbana na capital, que ampliava-se sobre várias instâncias.

²² Presidida por José de Alcântara Machado de Oliveira (1875-1941), a entidade foi fundada por Oscar Freire (1882-1923) em novembro de 1921, em um cenário nacional que promoveu iniciativas para congregar médicos e juristas que objetivavam discutir pautas voltadas para a criminalidade. Como afirma Luis Antonio Coelho Ferla, "os estatutos aprovados enfatizavam a produção e a difusão de conhecimento científico como objetivos centrais da entidade, destinada a estudar todas as questões de medicina legal e criminologia, promover publicação de periódicos e monografias, a convocação de eventos científicos e a execução de pesquisas pertinentes ao tema." (2005, p. 97-98), destacou-se dentre suas pautas a teoria eugênica e racista de Cesare Lombroso (1835-1909), considerado o pai da criminologia, referente ao "criminoso nato", compreendendo a pessoa que comete crimes como um doente e o crime como sintoma, afirmando que a pena ideal era o tratamento, portanto, deveria ocorrer por intermédio da medicalização e medicamentação.

Figura 2 – Folha de rosto do compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951)



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951)

A folha de rosto do manual *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951) evidencia abaixo do nome do autor sua atuação enquanto Professor de Clínica Psiquiátrica na FMUSP e Escola Paulista de Medicina e, centralizado abaixo do título da obra, a referência aos prêmios obtidos, possivelmente construindo a narrativa de confiabilidade de seu conteúdo, ao mesmo tempo a importância do livro nos meios que esteve inserido e disseminado, caracterizando o poder e autoridade da figura de seu autor.

Embasado nos pressupostos eugenistas, organicistas e higienistas que marcaram práticas de saúde do período, *Psiquiatria Clínica e Forense* reflete o projeto republicano de ordem e progresso por intermédio do controle social, que visou padronizar corpos, mentes e sentimentos de homens e mulheres brasileiros de todas as idades. O caráter didático da obra foi perpassado pelo fortalecimento da atuação médica na capital paulista, mirando à reorganização da sociedade e projetando um novo viver. A importância do ensino de psiquiatria no âmbito clínico e forense, é destacado pelo médico na introdução de sua obra, ao afirmar que:

Era a psiquiatria antigamente considerada como a parte da medicina que tratava exclusivamente dos grandes síndromos mentais, por isso, pouco acessível à maioria dos médicos, os quais nem sequer conheciam a terminologia psiquiátrica. Presentemente, a disciplina que estuda a patologia do espírito ocupa, ao lado dos demais ramos da medicina, justo destaque, porquanto os recentes progressos da ciência vieram comprovar que se não pode separar o corpo do espírito e que a personalidade humana deve ser estudada como um todo integral e indivisível. Assim se explica a razão por que, no curriculum de todas as faculdades médicas, a psiquiatria figura hoje como uma das cadeiras fundamentais, de capital importância na formação do médico moderno. (PACHECO E SILVA, 1951, p. 15)

A relação corpo-espírito nas concepções médicas no Brasil, entre 1920 e 1940, são explicitadas em estudo desenvolvido por Renilson Beraldo (2021), ao evocar as noções, sobretudo psiquiátricas a partir de um estilo holista de raciocínio médico, de que o corpo reflete o espírito, mobilizando “[...] metáforas e conceitos relacionados ao organismo como objeto da medicina, bem como à própria medicina vista como síntese em todos os seus campos” (2021, p. 308). É destacado, a partir disso, como o saber médico retomou aspectos das práticas hipocráticas ressignificando-as para a construção de diagnósticos e percepções sobre a constituição do temperamento das pessoas no contexto moderno brasileiro.

Jean-Jacques Courtine e Claudine Haroche (2016) reiteram que manuais de boas condutas e civilidade renascentistas e contemporâneos enfatizavam que um corpo saudável era aquele que manifestava autocontrole de si e de suas emoções. Tais documentos históricos apontam à presença do diálogo entre corpo e sentimentos no discurso médico, bem como suas permanências e rupturas ao longo dos séculos. Partindo desta perspectiva, os resultados analisados nesta pesquisa permitiram verificar que essas concepções estiveram presentes na prática

psiquiátrica brasileira, podendo ser identificadas na organização dos capítulos de *Psiquiatria Clínica e Forense*.

Alinhadas aos princípios de eugenia e higiene mental, como o mapeamento desenvolvido sobre o documentou revelou, a psiquiatria colaborou por fabricar normas para os corpos, mentes e sentimentos objetivando, por intermédio da medicina, alcançar o ideal de homem e mulher republicano. A defesa desses princípios como supostamente benéficos para a população do período é justificada pelo médico em capítulo sobre a higiene mental, no qual afirma que: “Não há hoje centro civilizado do mundo onde a higiene mental não seja objeto da mais cuidadosa atenção, pois estudos modernos vieram demonstrar a possibilidade de se evitarem, por meio de medidas preventivas, determinadas moléstias nervosas e mentais.” (1951, p. 197). O excerto permitiu conjecturar que essas práticas se estendiam sobre todas as instâncias da vida, inclusive a emocional, pois outros capítulos do compêndio, como “Da emoção e seus distúrbios” e “Causa das Doenças Mentais”, evidenciam a presença das emoções como elementos das relações humanas, devendo ser igualmente higienizadas e normatizadas como estratégia para manter a harmonia, mas também a saúde física e mental da comunidade, levando à civilidade e modernidade.

O controle da vida ao longo dos anos 20 e 30 do século XX está atrelada à emergência da biometria e biotipologia na ciência biomédica no país, que pretendia estabelecer uma proteção sobre o corpo, a mente e as emoções, contra os tipos considerados degenerados, criminosos e doentes. Como destacam Ana Carolina Vimieiro Gomes, André Luiz dos Santos Silva e Alexandre Fernandez Vaz (2013), propostas para a educação física estiveram relacionadas a um ideal harmônico da natureza alinhado a projetos sobre o corpo, no que referenciava-se a um padrão de beleza; do coração, revelando um ideal sobre o sentimento de bondade diante da sociedade e nas relações humanas; do espírito, que caracterizava um padrão de inteligência, possibilitando conjecturas sobre a existência de uma norma acerca da intelectualidade aceitável, ao mesmo tempo, indicando a não aceitável, portanto, patológica e anormal e, por último, a das funções, que estava ligada à saúde. Os autores reiteram que a harmonia desses elementos foram anunciados à época como indispensáveis para a felicidade no país, permitindo supor a existência da valorização da alegria e a imposição desse sentimento para o progresso nacional,

caracterizando um ideal de comunidade emocional e a relação entre saúde e sentimento nas práticas de saúde, como revelaram os compêndios de Franco da Rocha (1904) e de Pacheco e Silva (1940; 1951).

As práticas de biometria e biotipologia ²³ surgiram como estratégias para avaliar, medir, classificar e tipificar os corpos, mas também emoções, e identificar se estavam padronizadas e harmônicas ao perfil desejável. Jean-Jacques Courtine e Claudine Haroche (2016) propõem que as transformações pelas quais passaram as concepções sobre o corpo, da figura humana, bem como de civilidade, perpassaram por tais práticas, principalmente na fisionomia ao longo dos séculos XVI e XVIII, com traços já existentes desde a Idade Média e que, nas palavras dos autores:

[...] tinha por finalidade essencial observar os outros e escolher as companhias de acordo com as aparências. Ela visará cada vez mais um conhecimento de *si* e uma maneira de se conduzir na vida civil. Vemos a constituição de um espaço íntimo, submetido ao controle social e que tende ao mesmo tempo a proteger-se dele. A fisionomia participa do reforço das autolimitações do controle por cada indivíduo dos sinais manifestos de suas paixões” (2016, p. 48)

Além das “paixões”, termo designado para caracterizar os desejos positivos e negativos, a fisionomia também era utilizada para mapear “perversidades”, desvelando possíveis periculosidades que definiam um corpo e um rosto criminoso, dialogando com o proposto pelo psiquiatra italiano Cesare Lombroso (1835-1909) no século XIX. Lombroso defendia ideias da existência de determinantes biológicos sobre a tendência ao crime, de modo que “[...] o indivíduo era hereditariamente predisposto a ações anti-sociais, possuindo em sua anatomia determinados *estigmas atávicos*, os quais revelariam cientificamente a propensão à denominada *criminalidade nata*.” (SANTOS, 2008, p. 13).

Tais crenças marcaram práticas sociais, morais, culturais e de saúde no século XIX, como é possível identificar exemplarmente em produções literárias, como no romance gótico *Drácula*, de autoria de Bram Stoker (1847-1912), publicado originalmente em 1897. A fisionomia descrita do médico e personagem Abraham Van

²³ “Enquanto a primeira propunha medir variados caracteres morfológicos e fisiológicos dos indivíduos e tratava estatisticamente os dados para estabelecer distribuição de frequência e média numérica, a segunda, a partir desses mesmos dados, classificava os corpos em tipologias. Ao que tudo indica, ambas eram praticadas de maneira complementar e imbricada, tendo estado provavelmente envolvidas com as intenções de produção científica, não só na medicina, de certa normalidade para os corpos dos brasileiros e, com isso, como definição de um tipo físico nacional [...]” (VIMIEIRO GOMES; SANTOS SILVA; VAZ, 2013, p. 1552).

Helsing o traduzia como uma “alma bondosa”, de inteligência, autoridade, segurança, gerando confiança aos protagonistas Jonathan e Mina Harker (STOKER, 2012). A narrativa de Stoker também permitiu considerar como a figura do médico, enquanto profissional, a partir dos personagens Van Helsing e John Seward, era associada ao bem e à justiça, enquanto a do antagonista, o Conde Drácula, foi descrita como o mal encarnado, fazendo menção às teses lombrosianas do “criminoso nato”. Diante disso, é evidenciado o imaginário projetado sobre a imagem do médico diante da sociedade em modernização no século XIX, mas também do vilão e do “criminoso”, fabricando sentimentos e construindo verdades por intermédio da definição de bom e mau, benéfico e maléfico, herói e vilão, abençoado e profano. Esse imaginário ultrapassou a ficção, refletindo na maneira como uma parte da população ocidental passou a compreender os médicos e a medicina na virada do século XIX para o XX, colaborando para a inserção desses profissionais e de suas práticas em todos os âmbitos da vida, como estratégias de normatizar e medicalizar a vida, prevenindo a disseminação de doenças e contendo perigos e terrores, como a criminalidade e a loucura.

Diante disso, foi possível inferir como essas crenças, baseadas em pressupostos científicos das épocas permaneceram, mesmo com variações ao longo dos tempos históricos e dos espaços, reverberando na prática médica no século XX. Também possibilitam conjecturas sobre os modos de transmissão do conhecimento científico, corroborando a afirmação de Vimieiro Gomes, Santos Silva e Vaz, de que a ciência é uma prática cultural

[...] construída em interação com as visões de mundo e as demandas sócio-históricas de tempo e espaço específicos, que determinam as maneiras com que os homens, coletivamente, produzem conhecimento para interagir com o que se designa como natureza, representada, nesse caso, pelo organismo humano. (2013, p. 1552)

No âmbito das emoções, a biotipologia foi utilizada para mapear a realidade humoral, um meio para identificar efeitos de fatores psicológicos e sociais constituídos sobre a hereditariedade. Partindo das teorias do médico italiano e principal divulgador da biotipologia italiana, Nicola Pende (1880-1970), a prática biotipológica compreendia o corpo como um espelho da alma, portanto das emoções, e, vinculada à ideologia fascista em ascensão na Europa, idealizava a

fabricação de um tipo corporal e emocional definido como saudável, remontando um projeto estético da modernidade sobre o corpo físico, social e sentimental, como elucidam estudos de André Luiz dos Santos Silva (2012) e Frederico Antonio Cordeiro Feitoza (2014).

No compêndio de Antonio Carlos Pacheco e Silva, essa preocupação pôde ser identificada através da análise da distribuição de capítulos que recuperam a temática emocional, como no tópico “Emoções. Paixões” do capítulo “Causa das Doenças Mentais”, que destaca perigos voltados para vivências emocionais e passionais fortes no cotidiano; “Semiologia da Afetividade”, primeiro capítulo sobre as semiologias, que evidencia a atenção que deveria ser dada à apresentação da afetividade diminuída ou em excesso, pois poderia apresentar possíveis distúrbios, e no capítulo “Da Emoção e Seus Distúrbios”, que sublinha a necessidade médica de compreender, diagnosticar e sistematizar emoções para que estas não coloquem em risco a ordem idealizada para as comunidades. Observou-se, entre os capítulos, possíveis caminhos percorridos por psiquiatras do período para normatizar e medicalizar emoções a fim de enquadrá-las no projeto proposto para a modernidade paulista republicana.

Pressupostos da fisionomia e da frenologia estiveram presentes nas práticas da biotipologia aplicadas na Psiquiatria clínica e forense no Brasil, delineando um projeto para os corpos, mentes e comportamentos da sociedade (SANTOS SILVA, 2012; BERALDO, 2021). Características desta prática puderam ser analisadas no texto de *Psiquiatria Clínica e Forense*, através das descrições do físico, faces e vestimentas dos pacientes, exemplarmente nos tópicos no decorrer do capítulo “Exame do Doente Mental”, que sublinha aspectos aos quais os profissionais deveriam atentar-se para diagnosticar possíveis patologias mentais em seus pacientes. Para além do físico, também foram focalizados pela lente dos médicos a vontade, moral e afetividade, revelando atenção e preocupação diante de manifestações emocionais no querer, na moralidade e nas relações afetivas, mas também em suas ausências.

No mesmo capítulo, foi identificado o exame biotipológico apresentado como uma das estratégias aplicadas para mapeamento das características doentias ou não do paciente, desvelando propostas do projeto para o tipo ideal de homem e mulher brasileiros do período, como apontam estudos de referência (LUCA, 1999;

MOTA, 2003; CARVALHO, 2017). Os registros do exame eram anexados a uma ficha de cartolina, denominada ficha antropológica ou biotipológica. Nela, eram inseridos dados referentes ao paciente, isto é, anotações cromáticas e genealógicas, exames desenvolvidos, tipo sanguíneo, entre outros. Também eram dispostas sistematicamente 3 fotografias do paciente, que figuravam seus dados antropométricos. As duas primeiras ilustravam o corpo inteiro, a primeira de frente e a segunda, de perfil; a terceira era a sinalética, focalizando o rosto da pessoa, comumente utilizada para identificação criminal na atualidade. Um quarto registro inserido na ficha se referia à dactiloscopia, sistema de identificação humana por intermédio das impressões digitais emitida à época pela Secretaria dos Negócios da Educação e Saúde Pública e o órgão de Assistência Geral aos Psicopatas, como pode ser observado na ficha disposta no capítulo:

A diagramação do manual permitiu verificar como a iconografia disposta, para além dos textos, dialogam e constroem uma narrativa que aponta tipos físicos, mentais e emocionais anormais e transgressores, mas também foi possível supor que seu uso buscou evidenciar a importância da Psiquiatria para o controle dos corpos considerados perigos sociais, destoantes do projeto para a sociedade brasileira à época. Neste âmbito, fotografias foram anexadas a capítulos, como quadros fotográficos com os rostos de pacientes, possivelmente retirados de prontuários, como em “Psicoses Infecciosas” e “Psicose Maníaco-depressiva”, para ilustrar as fisionomias, vestimentas, posições corporais e estados emocionais manifestados pelos diagnosticados, alertando às possíveis externalizações das patologias nos corpos e os perigos das doenças.

Barbara H. Rosenwein (2011), ao discutir a sistematização das emoções por estudos psicológicos e psiquiátricos, aponta que era muito comum que os retratos fossem posados, isto é, o profissional solicitava que o paciente posasse para ser fotografado, apontando para o que deveria ser feito, isto é, qual posição deveria ficar e feição a expressar, fabricando uma norma, um padrão sobre a manifestação emocional (e da “doença”) sobre o físico. Sobre isso, a historiadora afirma que:

Não se trata da emoção ‘real’ lá. E há uma boa razão para isso: emoções são, entre outras coisas, marcas sociais [não como marcas universais]. Se uma emoção é a reação padrão de um grupo específico em certas situações, a questão não deveria ser se ela está ou não traindo o verdadeiro sentimento, mas por que uma norma prevalece sobre outra. (2011, p. 38-39)

Como afirmam Solange Ferraz de Lima e Vânia Carneiro de Carvalho (2009) ao apresentarem propostas para o uso de fotografias nos estudos e pesquisas históricas, os materiais possibilitam a construção de narrativas visuais que, muitas vezes, são entendidas como evidências concretas do real. Dessa forma, enquanto recurso na medicina, foram utilizadas como ferramenta com o objetivo de categorizar e identificar as manifestações de enfermidades, deformidades e de procedimentos médicos, um meio de mapear tipos físicos humanos classificados discursivamente como normais ou patológicos, como pretendeu ilustrar o quadro a seguir:

Figura 4 – “Facies em Diferentes Estados Confusionais”



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951, p. 220)

Remetendo-se às imagens de número 6, 7, 8, 9 e 10 do compêndio, as fotografias de quatro homens e uma mulher, foram colocadas lado a lado no quadro como uma estratégia para ilustrar e exemplificar visualmente o quadro nosológico apresentado no capítulo ao qual está inserida, isto é, as psicoses infecciosas em estados confusionais. A preocupação em mostrar as faces remete-se às técnicas biotipológicas, eugenistas e organicistas vigentes que pretendiam tipificar e classificar os corpos e de que modo os sentimentos eram refletidos no físico, no caso, o sentimento de confusão, estereotipando-o.

O ensino de psiquiatria nas faculdades de Medicina, segundo Pacheco e Silva, estimularia essa leitura sobre os corpos, mentes e sentimentos humanos, colaborando para a normatização da vida e do sentir na metrópole paulista, por intermédio da medicalização. A partir disso, os capítulos de *Psiquiatria Clínica e Forense* divulgaram temáticas emergentes nas pautas da psiquiatria brasileira, isto é, eugenia e higiene mental, evidenciando o impacto do saber sobre o viver. Revelaram também de que modo as técnicas apresentadas no compêndio colaboraram à fabricação de uma comunidade emocional, visto associações estabelecidas entre o físico e o emocional das pessoas e os ideais biotipológicos e eugenistas, que objetivavam um corpo ideal que manifestasse a civilidade e modernidade projetada sobre o republicanismo e a paulistanidade.

Neste âmbito, as práticas que norteavam o saber foram propostas como um meio, nas palavras do médico, de “melhorar a raça, não só sob o ponto de vista físico como também psíquico” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 200) e emocional. Tal proposta não foi disseminada somente na metrópole, mas em algumas regiões interioranas e rurais do Estado de São Paulo e do país, às quais a medicina chegou, permitindo analisar a interiorização da metrópole, de modo que “a salvação para esse estado doente estaria no adubo produzido pelos frutos, de que teria urgentíssima necessidade a árvore da nação brasileira para a garantia da saúde dos seus elementos de trabalho e de defesa: o saneamento e a educação sanitária” (MOTA, 2003, p. 37).

O ato de ler é caracterizado como uma “[...] apropriação, invenção, produção de significado” e as rupturas que marcam a história das maneiras de ler “[...] colocam em jogo a relação entre o corpo e o livro, os possíveis usos da escrita e as categorias intelectuais que asseguram sua compreensão.” (CHARTIER, 1998, p. 77). Dessa forma, os critérios delimitados e disseminados em manuais médicos, da diagramação ao texto escrito, definem, diagnosticam e classificam o corpo são e o doente, ao mesmo tempo, são possibilidades para análises das emoções, colaborando para a história do sentimento, mas também para uma história da saúde, das doenças, da medicina e dos médicos em abordagem interdisciplinar. Partindo do problema de pesquisa, compêndios médicos, enquanto fonte histórica, permitem verificar sobre a fabricação de normas do sentimento atravessadas pelo saber médico-científico e disseminadas através desses documentos, visto que são objetos

de uma seleção e de um trabalho editorial que possui intenções, fabricam discursos e, portanto, realidades que reverberam nas relações sociais e práticas do cotidiano, impactam nas sensibilidades e constroem comunidades emocionais.

1.3 Medicalização do Sentimento: emoções e narrativas médico-higienizadoras

O desenvolvimento industrial, tecnológico e científico que marcou o século XIX e início do século XX reverberou nas convivências e relacionamentos, transformando-os. Jean-Jacques Courtine (2020) aponta que as emoções foram atravessadas pela tecnologia industrial, descobrimento da eletricidade, petróleo, fabricação de bombas de vácuo, motores a vapor, evolução científica e associação da ciência como sinônimo de poder, progresso e símbolo de modernização, mas também de avanço sobre as massas rurais consideradas inferiores e atrasadas pelos sentimentos de civilidade e modernidade emergentes nas ciências e inspiradas pelo positivismo de Auguste Comte (1798-1857). O contexto histórico denominado de "Era dos Impérios" ²⁴ por Eric Hobsbawm (1988), é caracterizado por Courtine como o "Império da Emoção", resultado das transformações sobre as experiências sensíveis e concepções sobre as emoções que o século XIX fez aflorar. Com o surgimento de novas sensibilidades na efervescência da *belle époque*, emergiu uma necessidade entre as elites intelectuais (artistas, escritores e acadêmicos), formas inéditas de analisar e diagnosticar sentimentos em ebulição, inserindo-os nos mais diversos âmbitos das convivências sociais, da esfera privada à social, política e de saúde, como uma forma de compreender as novas relações humanas, mas também buscando alternativas para a formação da identidade moderna.

O lugar da Medicina e do Direito e seu impacto na formação de novos valores emocionais podem ser observados na literatura do período. *Drácula*, de Bram Stoker (2012) e *O Médico e o Monstro*, de Robert Louis Stevenson (2012), incrementaram à ficção sentimentos, valores sociais e ideais que perpassaram impressões da sociedade diante das novas práticas científicas, destacadamente no âmbito médico,

²⁴ O período denominado "Era dos Impérios" por Eric Hobsbawm concerne os anos de 1875 até 1914 e faz referência ao imperialismo emergente no século XIX, isto é, a expansão capitalista e a dominação europeia sobre outros países do contexto. A temporalidade importa para a presente dissertação, pois implica às sucessivas transformações que atravessaram as emoções, fabricando novas e ressignificando antigas, estabelecendo novos sistemas emocionais idealizadas pelas elites políticas e intelectuais emergentes nesse cenário.

dado que seus protagonistas e antagonistas são inseridos nas narrativas como profissionais ou vítimas deste ofício. Estudos de referência destacam que literatos e romancistas pretenderam anexar aspectos do cotidiano em suas obras ficcionais, objetivando apresentar sensibilidades emergentes à sua época, que caracterizavam a mentalidade e as sucessivas mudanças que transcenderam no “Império das Emoções” e, no caso das obras citadas, de que forma a ciência médica fabricou sentimentos e impactou nas comunidades e suas organizações (LA ROCQUE; TEIXEIRA, 2001; SILVA; FERREIRA, 2015; COURTINE, 2020).

A novela de Robert Louis Stevenson (1850-1894), intitulada *O Médico e o Monstro*, publicada originalmente em 1886, aponta às concepções do renomado médico Henry Jekyll sobre a natureza humana e a existência de um lado bom e outro mau em todas as pessoas. O médico, instigado por suas reflexões acerca da dualidade do caráter humano, criou, acidentalmente, um soro que permitia testar a verdadeira natureza humana, o qual aplicou em si mesmo, utilizando-se como cobaia. Como resultado, um novo ser transcende da personalidade de Jekyll, autodenominado Edward Hyde, caracterizado ao longo da história como o “mal puro”, “não humano” e passível de praticar qualquer ato de maldade e crueldade, oposto à figura pacífica e amável retratada de Jekyll.

O desenvolvimento da história indica que o médico não conseguia expressar-se como julga que faziam os outros, anunciando que seu maior defeito era o desejo de ser reconhecido e respeitado, de modo que, segundo o personagem, justificava a “ocultação seus divertimentos” (STEVENSON, 2012), referenciando suas emoções e desejos mais íntimos como maus, maléficos para si e para seus interesses profissionais, não preocupado em afetar negativamente a vida de outros. Essa não preocupação com pessoas ao seu redor demonstra que a separação de bem e mal na personalidade é ilusória e que, na verdade, Jekyll apenas reprimia sua verdadeira personalidade em prol de benefícios e privilégios que sua polidez poderia gerar a si próprio.

A experiência com o soro o faz vivenciar emoções reprimidas, justificando o nome de sua outra personalidade, visto que Hyde remete-se ao verbo *hide* ou ao adjetivo *hidden* que, do inglês, traduz-se como ocultar, esconder/escondido ou encobrir, anunciando a ocultação ou silenciamento dos sentimentos considerados negativos na comunidade a qual o personagem era membro, isto é, a elite,

sobretudo devido sua profissão e o lugar que ocupava, no qual se esperava autocontrole e polidez, bem como a imagem da própria saúde, sanidade e higiene. Não querendo responder às consequências geradas por suas emoções, reprimiu a si próprio e o que sentia, levando-o, enquanto Hyde, a cometer crimes, condicionando os outros e a si próprio ao medo, horror e sofrimento. Diante dessa experiência sensível, o médico busca acabar com sua dor através do suicídio, permitindo reflexões acerca da tristeza intensa e do sofrimento e reprimido como um condicionante à morte voluntária, mas também à intolerância e repugnância frente aos sentimentos, como sugerem os estudiosos da temática (SILVA MELEIRO, 2003; CASSORLA, 2017; MINOIS, 2018).

O debate proposto por Stevenson (2012) permitiu inferir, por intermédio da história das emoções, a construção e o impacto da moralidade na vida pública e privada, a fabricação das definições de bem e mal, sentimentos positivos e negativos, portanto, saudáveis e doentios na virada do século XIX para o XX. O termo “monstro” utilizado para traduzir o personagem Hyde é um exemplo das interpretações sociais e culturais sobre emoções transgressoras e criminalizáveis, destoantes do padrão estipulado no período, fabricado por médicos e advogados, como pode ser observado igualmente em *Drácula*, de Bram Stoker (2012). Em *O Médico e o Monstro*, também foi analisado que, antes de cometer crimes, Hyde era caracterizado como sobrehumano e anormal, revelando que características físicas e comportamentais da personagem eram diagnosticadas como maléficas, indicando a organização da comunidade emocional a partir de normas que definem sentimentos benéficos ou maléficos no grupo social que se insere, bem como no tempo e espaço, de modo que a característica física era compreendida como um espelho da alma (VINCENT-BUFFAULT, 1988; ROSENWEIN, 2011; COURTINE, 2020).

A relação entre sentimentos e medicina desvelada ao longo das narrativas, permitiu considerar de que modo o saber médico-científico reverberou sobre experiências emocionais, fabricando um projeto para homens e mulheres, adultos e crianças da contemporaneidade a partir de ideais de modernidade, visando afastar supostos perigos sociais, sanar doenças e construir corpos, mentes e sentimentos saudáveis, civilizados e condizentes com as propostas de progresso fora da ficção. Neste cenário, como pressuposto por Anne Vincent-Buffault (1988), uma nova economia dos signos corporais transcende nos saberes de modo progressivo e as

formas de manifestar e externalizar alguns sentimentos, como tristezas, sofrimentos e desejos de dar cabo à própria vida, passaram a ser interpretadas como equivocadas e doentias. Há, portanto, um deslocamento da sensibilidade à pieguice e os sentimentos que não eram regulados e reprimidos, tornaram-se indicativos de descontroles e patologias os quais deveriam ser rapidamente regulados ou anulados através da medicalização e de ações judiciais.

Com suas especificidades, a República brasileira foi atravessada por essas novas experiências emocionais. Como revelado pela historiografia, práticas médicas e jurídicas passaram a ser mecanismos para regular a vida em prol da ordem e do progresso estimulados pelo republicanismo. As experiências laboratoriais, incentivadas com a modernização tecnológica nos grandes centros urbanos, como São Paulo, movimentaram a normatização e disciplinarização dos corpos, mentes, comportamentos e sentimentos da população (LUCA, 1999; MOTA, 2005; MARINHO, 2013). O saber psiquiátrico, pautado nos ideais biodeterministas, eugenistas e organicistas, disseminados através de publicações diversas, como panfletos, propagandas, artigos, congressos e palestras, mas também materiais didáticos, como compêndios, estabeleceram estratégias para diagnosticar e tratar emoções não saudáveis, mas também para indicar aquelas relacionadas ao bem viver, permitindo verificar uma medicalização dos sentimentos.

Como destacam estudiosos das emoções, surge no contexto delimitado por esta dissertação uma repugnância no que se referia a algumas manifestações sentimentais públicas, sobretudo as consideradas extravagantes, desmedidas e exageradas, ao passo que era incentivado o silenciamento e autocontrole, conforme os princípios de saúde (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016; CORBIN, 2021). No discurso científico, a emotividade passou a ser associada ao feminino e, dessa forma, o desprezo pelos sentimentos era feita em prol da virilidade, da masculinidade, relacionada à razão ²⁵, enquanto demonstrações emocionais eram diagnosticadas como descontroles. Diante disso, novos sistemas de sentimentos foram construídos a partir de uma perspectiva machista, mas também racista e xenófoba, pois eram homens brancos, católicos, das elites

²⁵ A presente pesquisa não se aprofundou em questões de gênero, porém, concepções sobre sensibilidade e racionalidade podem ser analisadas sob esta perspectiva, campo epistemológico que possibilita investigar a constituição de normas corporais, mentais, comportamentais e emocionais sobre “feminilidade” e “masculinidade”, como permite considerar Judith Butler (2003) e a teoria *queer*.

intelectuais, regionais e políticas, a designar emoções positivas e negativas para o desenvolvimento e progresso social, como o discurso médico em São Paulo na virada do século XIX para o XX.

Práticas que visavam o controle dos sentimentos e a valorização da rigidez e polidez, não é sinônimo de ausência de sentimentos, mas projetam novos considerados positivos e negativos e indicam a atuação da medicina para regulá-los e uniformizá-los conforme diretrizes vigentes. Essas novas valorizações emocionais fabricaram realidades e, portanto, maneiras de viver e de se relacionar. As emoções, inseridas no campo da saúde, passaram a ser tratadas como enfermidades, sintomas ou resultados de distúrbios e delírios, como observados em manuais médico-legais da época. Neste contexto, resultados de pesquisa indicaram uma imposição para um enquadramento dos sentimentos e comportamentos em modelos pré-estabelecidos, forjando comunidades emocionais (ROSENWEIN, 2006; 2011). O controle das emoções concerne às propostas de disciplinarização de suas manifestações nos corpos, nas mentes e comportamentos, emergentes das práticas eugenistas, biotipológicas e organicistas, pois, "observar, conhecer, educar, governar os homens, mas também observar a si mesmo, se conhecer, saber se conduzir e governar-se são uma única e mesma preocupação, um único e mesmo gesto." (COURTINE; HAROCHE, 2016, p. 30).

Relações interdisciplinares entre Medicina e Direito foram estratégias aplicadas, dentre outros objetivos, visando o controle das emoções, partindo das especificidades identitárias e culturais idealizadas para o país, ou seja, pessoas autocontroladas, polidas, confiantes, orgulhosas, alegres e pacíficas. No início do século XX, o compêndio de Francisco Franco da Rocha (1904), intitulado *Esboço de Psiquiatria Forense*, demarca o início das relações entre os saberes nas terras brasileiras e propostas para o projeto de uma identidade nacional incentivadas pelo republicanismo recém instaurado, justificando o termo "esboço" utilizado no título, ou seja, um trabalho em estado inicial, esboçado, demonstrando um estágio de "rascunho" das propostas que constituiriam a psiquiatria forense no Brasil.

Por intermédio de um mapeamento no documento, foram identificadas passagens que evocam diagnósticos sobre os sentimentos, experiências sensíveis e necessidades em regular emoções para que as de aspectos negativos não impactassem o meio social. O sentir, como afirma o médico, faz parte das funções

fisiológicas do cérebro, porém, os conceituados "sentimentos pessoais" e "emoções fortes", poderiam ser condicionantes e indicativos de quadros de alienação mental ²⁶, sobretudo os diagnosticados como negativos, como tristezas, melancolias e depressões, humildade e orgulho em excesso, sentimentos de desespero que surgiam com ideias de perseguição, entre outros. Nesse sentido, Franco da Rocha reiterou que:

Todos os sentimentos em escala ascendente, desde as emoções ligadas às impressões sensoriais até aos mais elevados e complicados, que constituem o tom sentimental das idéias abstractas, ethicas e estheticas, podem se apresentar alterados nas molestias mentaes, e exigem exame cuidadoso. A linguagem e os actos revelam esses estados da mesma fôrma que no estado normal. (1904, p. 91)

A historiografia dos sentimentos desvela o surgimento de um conjunto de saberes e práticas que são indícios de transformações sobre a racionalidade frente às expressões das emoções, dentre elas as ciências a partir do século XVI. Partindo do exposto e considerando possíveis permanências e rupturas históricas, observa-se a atenção médica sobre externalização de sentimentos na sociedade paulistana no início do século XX, isto é, por meio de propostas de prevenção de emoções classificadas como doentias e criminosas, que apresentavam perigo para a coletividade. Desse modo, verificou-se, por intermédio de passagens do compêndio de Franco da Rocha, a imersão da medicina paulista sobre emoções e sentimentos, bem como direções e diretrizes sobre seus diagnósticos sob a lente da especialidade médica a qual é oriunda, ou seja, a psiquiátrica.

O excerto de Franco da Rocha também aponta à relação entre sentimentos e corpo, o que permitiu inferir acerca das compreensões sobre as preocupações médicas acerca de manifestações emocionais através do comportamento, das feições, dos gestos, pois comunicam insatisfações, tristezas, ódios e desejos e outros sentimentos diagnosticados como nocivos para os projetos urbanos e sociais à época. Partindo desta perspectiva, foi possível dialogar com o proposto por Jean

²⁶ Como elucidada Maria Clementina Pereira Cunha (1986), a palavra "alienado" foi incorporada pelo Estado e inserida na legislação de 1903, passando a assumir um significado patológico atribuído à loucura. Dessa forma, o conceito de alienação mental é caracterizado em *Esboço de Psychiatria Forense* como "[...] uma perturbação ou anomalia temporaria ou perpétua, das relações normaes preestabelecidas entre um individuo e seu meio social, resultante sempre de um estado pathologico ou teratologico do cerebro." (ROCHA, 1904, p. 2).

Jacques Courtine e Claudine Haroche, ao apresentarem uma discussão sobre o paradigma da expressão, visto que elucidam que preocupações diante das manifestações emocionais, por meio da expressão ou fisionomia, resultam de concepções que relacionam alma-corpo e corpo-mente, conforme pressupostos filosóficos da Antiguidade Clássica, sendo assim, "[...] como o verbo, o corpo é expressão, intérprete do pensamento, linguagem natural da alma [...]" (2016, p. 31), concepções retomadas pela Psiquiatria da primeira metade do século XX.

Estratégias e técnicas de medicalização dos sentimentos visavam eliminar possíveis riscos à coletividade, assim sendo, estabeleciam, sob ideais de avanço, normas definidas sobre sistemas emocionais vigentes. A medicalização, nesse âmbito, está "[...] associada às transformações socioculturais, políticas e científicas. Portanto, relacionada à inclusão de normas de conduta de origem biomédica, na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos" (HENRARD; REIS, 2003, p. 40). O contato da pessoa com sua própria sensibilidade, em muitos casos, como nas experiências tristes, deixaram de ser incentivadas, não havendo espaço para reflexão e introspecção, focalizando às ações e sentimentos coletivos, conforme os projetos para o futuro nacional.

Georges Minois, ao tratar a solidão no século XX, período nomeado por ele como uma "Era das Massas", destaca que o sofrimento passou a ser vivido silenciosamente devido às novas pressões sociais diante das manifestações emocionais, além dos conflitos emergentes que reverberaram nas sensibilidades, o que pode ter colaborado para o condicionamento do estado solitário intenso voltado ao sofrimento, de modo que a sociedade desse cenário "[...] destila solitários depressivos" (MINOIS, 2019, p. 410), frente ao dever de se realizar e encontrar a felicidade. As emoções experimentadas por mulheres, negros e japoneses, por exemplo, conforme as concepções eugenistas e biotipológicas, passaram a ser diagnosticadas como doentias, incidindo à intervenção psiquiátrica, isto é, internação, interdição e aplicação de terapias recomendadas, como permitem considerar Maria Clementina Pereira Cunha (1986), Lygia Maria de França Pereira Urquiza (1991) e Gustavo Querodia Tarelou (2013), ao analisarem os pressupostos psiquiátricos e o arsenal terapêutico aplicado dentro dos espaços manicomiais, com ênfase no Juquery.

Nesse âmbito, os sentimentos deixaram de ser um traço da personalidade e, anexados ao discurso médico higienizador e normatizador, foram revertidos em doenças, como as tristezas, apatias e sofrimentos foram transformados em melancolias e neurastenias, conforme pôde ser identificado no manual de Franco da Rocha (1904), mas também na obra de autoria de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1940; 1951). Estes documentos revelam o impacto da psiquiatria clínica e forense sobre a vida social e urbana em São Paulo, ocupando cada vez mais espaço ao longo da primeira metade do século XX, destacadamente nos anos 20 e 30, resultado das propostas de modernização e civilidade sobre a formação da identidade brasileira.

Em *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Pacheco e Silva, a atenção sobre as emoções foi identificada em diversos capítulos. Dentre os 19 tópicos do desenvolvimento do capítulo “Causa das Doenças Mentais”, “Emoções. Paixões.” é destacada a patologização das emoções e paixões intensas, descritas como “violentas” no texto. José Luiz Fiorin (2007) propõe uma análise acerca das terminologias “paixões”, “afetos”, “emoções” e “sentimentos” e sugere que, historicamente, os termos ocupam o mesmo lugar teórico e por vezes são tratados como sinônimos, porém, ao ganhar um sentido especializado, passam a ter um significado específico. A paixão pode ser simples ou complexa, o que define à medicina seu caráter doentio ou não e a emoção, na perspectiva apresentada pelo autor, remete-se ao latim *ex movere*, ou “mover para fora”, indicando algo que é externalizado, que emerge do íntimo, resultado de estímulos específicos.

Conforme o título do tópico e seu conteúdo no compêndio de Pacheco e Silva, são descritas características doentias da emoção e paixão em relações estabelecidas entre ambas, permitindo considerar que os termos são diferentes, porém se entrecruzam, de modo que as paixões referem-se ao desejo e o querer, e as emoções se remetem às sensações ou reações provocadas por situações externas, respostas aos estímulos do cotidiano. Nesse sentido, as “grandes emoções” estão relacionadas no texto do compêndio às “paixões violentas”, ou seja, que “[...] empolgam os indivíduos vibráteis, hiperemotivos, perturbando transitòriamente o juízo crítico e, sobretudo, afrouxando o poder de frenação.” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 42). O termo “violentas” está associado à intensidade

do querer que poderia resultar em atos e ações “desajuizadas”, isto é, descontroladas e doentias.

As paixões e emoções “violentas” ou intensas, bem como suas consequências, foram pautas de debates na Renascença, apresentadas e discutidas, por exemplo, por William Shakespeare (1564-1616), em sua famosa peça *Romeu e Julieta*, publicada pela primeira vez em 1597, permitido analisar permanências e rupturas acerca das concepções sobre emoções nos tempos e espaços, bem como nas comunidades. No romance, mais especificamente na Cena VI do Ato Segundo, na consagração do casamento secreto dos amantes, um diálogo interessante entre Romeu e Frei Lourenço evoca tais preocupações diante da paixão demonstrada entre os jovens. Após Romeu dizer que não teme os pesares e que vale apenas poder dizer que é dele Julieta, o clérigo responde:

Esses transportes violentos têm um fim igualmente violento e morrem em pleno triunfo, como o fogo e a pólvora que se consomem ao se beijarem. O mais doce mel é repugnante pela própria delícia e estraga o apetite pelo seu excelente gosto. Ama, portanto, com moderação; assim se conduz o verdadeiro amor. Tão tarde chega quem depressa demais vai, com quem vai por demais lentamente. (SHAKESPEARE, 2002, p. 87)

A resposta do Frei demonstra uma racionalidade sobre o controle da paixão (o desejo pelo outro), para que a emoção (resposta aos estímulos externos, e no caso do amor, também internos, do íntimo), não acabassem por gerar consequências negativas, como o que acaba acontecendo ao final da história, quando ambos os amantes se suicidam, pela consciência de que não poderiam viver um sem o outro, em consequência dos conflitos entre suas famílias, os Capuleto e Montecchio, que proibiam o romance. A história permite reflexões acerca da multifatorialidade das causas do suicídio, revelando o suicídio por amor e por conflitos familiares, mas também desvela concepções acerca das experiências amorosas, do drama, da tristeza, do desejo e aventura. Anne Vincent-Buffault (1988) aponta que no contexto em que foi publicada a peça *Romeu e Julieta*, isto é, no século XVI, o drama, a tragédia, o choro e as lágrimas não eram compreendidos como doentios, na ficção e fora dela, porém, permitem refletir sobre como as comunidades se organizam e as emoções que constituem tal ordem social, forjando comunidades emocionais, com seus próprios valores e regras voltados às sensibilidades e suas manifestações.

A epistemologia histórica dos sentimentos reitera que as emoções se transformam e são transformadas ao longo dos tempos, espaços e grupos sociais. Sobre isso, Vincent-Buffault (1988) afirma que, portanto, não se deve aplicar critérios psicológicos atuais aos sentimentos do passado. No caso de *Romeu e Julieta*, foi possível verificar uma perspectiva sobre os sentimentos do passado, tal como sobre o amor, a partir da resposta do Frei para Romeu, de que o bom amor é um amor que se manifesta moderadamente, contido e calmamente, para que não se perca o “controle”; o amor proibido, aventureiro e intenso, por parte do romance entre Romeu e Julieta e as emoções que atravessam às famílias, agregados e criados, como a raiva, as inimizades, o sentimento de cuidado, afeto, confiança, segurança, entre outros. Como resgata a historiografia, as alterações nas sensibilidades e a inserção da emoção no campo das patologias, emergem a partir do século XVIII, quando foram criadas noções de pudor, de pieguice diante do sentir, que transformaram sentimentos indesejados e intoleráveis, opostos ao bem viver, em doenças, como as tristezas, as lágrimas, o sofrimento, a paixão “exagerada” ou “violenta” (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016; CORBIN, 2021). No compêndio de Pacheco e Silva, isso é evidenciado ao passo que experiências emocionais exacerbadas poderiam, nas palavras do médico, gerar “[...] verdadeiras psicoses, curáveis ou não” (1951, p. 42) e até mesmo levar a homicídios e suicídios.

As técnicas aplicadas em exames, como destacado no capítulo “Exame do Doente Mental”, explicitam a necessidade de atenção do olhar profissional sobre as sensibilidades dos pacientes, considerando o consciente e o inconsciente, a fim de identificar aspectos anormais em suas manifestações, como descrito nos tópicos “O exame das faculdades intelectuais, afetivas e morais”, “Indagação da afetividade” e “Atos mórbidos”. Neste último, segundo o médico, “os mais variados atos, conscientes ou inconscientes, instantâneos ou raciocinados, podem indicar a existência de distúrbios mentais.” (1951, p. 153), no âmbito do sentimento, é afirmado que:

Os sentimentos afetivos e as relações com o meio social dos psicopatas apresentam uma infinidade de transtornos. Os misântropos se isolam do meio social. Quando desaparece o sentimento familiar, o doente empreende fugas, abandonando o domicílio, onde encontra muitas vezes conforto, preferindo viver em ambiente isolado e sem as comodidades da própria casa. Na vida social, o psicopata dá, a todo momento, as mais variadas

demonstrações da sua falta de adaptação - negligência no vestuário, desprezo pelas conveniências, desrespeito às mais mezinhas regras do bem viver.” (1951, p. 154)

O exame dos nomeados “atos mórbidos” anuncia relações definidas entre sentimento e doença em todos os âmbitos da vida pública e privada, desde interações sociais, no caso, o isolamento intenso diante da comunidade e do núcleo familiar, caracterizado pelo termo “misanthropia”, até o comportamento, destacando a manifestação emocional “doentia” por meio de demonstrações de desprezo, desrespeito e até mesmo no vestuário, que contrariavam normas estabelecidas sobre o “ser saudável”. Sentimentos “mórbidos”, refletidos nos atos, justificariam intervenções psiquiátricas e jurídicas sobre o paciente diagnosticado psicopata, como focalizado no capítulo “Tratamento das Doenças Mentais”, que contabiliza 20 técnicas aplicadas em espaços manicomiais, permitindo verificar práticas de medicalização da vida, dentre elas isolamento, regimes alimentares, psicocirurgias e eletrochoques. Tais métodos terapêuticos pretendiam alterar o funcionamento do organismo, conforme concepções anátomo-patológicas e organicistas que embasaram a prática psiquiátrica no século XX (TARELOW, 2013). Nesse bojo, os sentimentos, como parte do organismo, também se tornaram elementos das investigações, exames e tratamentos presentes nos hospitais psiquiátricos.

Estudos publicados do campo da Psicologia discutem a medicalização da vida e das emoções do passado e presente como um reflexo da lógica manicomial perpassada por necessidades emergentes da sociedade capitalista, isto é, visando o trabalho, produção e lucro, por esse motivo, a urgência de um funcionário que manifeste sempre emoções alegres e disposição, pois a alegria é compreendida como benéfica para o desempenho positivo no ambiente de trabalho, oposto da tristeza, relacionada ao ócio, ao isolamento e a baixa produção, apontando à patologização da infelicidade (FERREIRA, 2017; ILLOUZ; ALALUF, 2020). Sublinham também o impacto da mídia, marketing e indústria farmacêutica nos elevados índices de diagnósticos e recomendações de medicação. As análises reiteram esses eventos como parte dos interesses de grupos que lucram com estados depressivos e ansiosos. Dessa forma, “apesar de não tratar a etiologia da doença, o medicamento vem servindo como mais um objeto de consumo, atendendo assim, os ditames do mundo capitalista, que transforma toda mercadoria em algo

passível de ser consumido.” (HENRARD; REIS, 2003, p. 33), enquanto qualquer manifestação de tristeza é compreendida como um mal a ser expurgado.

Os autores discutem que um dos resultados da divulgação em massa dos discursos médicos sobre emoções, isto é, a psiquiatrização do sentimento, contribui para a disseminação de concepções deturpadas sobre os sentimentos, condicionando a automedicação como estratégia, mas também como crença, de amenizar angústias e desconfortos de todos os níveis, pois compreendidos como empecilhos para o desempenho em tarefas diárias e anormalidades diante dos padrões construídos e impostos diariamente na sociedade sobre o viver de modo saudável, de modo que, a saúde física, mental e emocional tornam-se produtos de consumo. Assim, normas sobre o sentir, fabricados pela medicina, impactam no cotidiano, e perpetuam discursos que estabelecem a felicidade como saúde e diagnosticam como doentio sentir-se triste ou com raiva. Essa situação aponta para possíveis permanências sobre a medicalização das emoções no tempo e espaço e a construção de um ideal emocional universal, como se todas as emoções pudessem ser vivenciadas de modo único, desconsiderando vivências singulares que provocam impressões e sensações diversas. Sendo assim, os sentimentos são, como indica Gisele Toassa, “[...] fenômenos complexos, concretos e multideterminados [...]” (2019, p. 337), não um erro, um problema ou doença que precisa ser sanada.

Por intermédio da análise do manual aqui utilizado como fonte, foi possível identificar a aplicação de tratamentos e terapias no século XX, como um meio semelhante ao buscado com psicofármacos, como antidepressivos e ansiolíticos, na atualidade. Sob esta perspectiva, os sentimentos e as manifestações emocionais atravessados por propostas de normatização e disciplinarização, foram manipulados, moldados e sistematizados por meio dos pressupostos teóricos que embasavam práticas psiquiátricas no passado, com continuidades no presente. Aqueles que resistem às normas, por sua vez, ainda são diagnosticados como transgressores, desviantes, loucos e doentes, pois não compartilham valores emocionais definidos como saudáveis.

Experiências sentimentais concernentes às afetividades e vontades, mapeadas nos capítulos das Semiologias ²⁷ no compêndio de Pacheco e Silva, foram colocadas em pauta. Nestes casos, observou-se que as externalizações afetivas ²⁸, ou suas ausências, eram associadas a um grande número de “psicoses”, pois, segundo o médico, “[...] no psicopata, a afetividade se nos depara abolida, diminuída, exaltada e ainda pervertida. O comprometimento dos sentimentos afetivos é sobretudo comum na grande maioria das psicoses [...]” (1951, p 49). Os sentimentos são evocados revelando a necessidade dos profissionais da saúde mental de interferir, identificar e diagnosticar e intervir sobre os aspectos doentios da afetividade, indicando um padrão emocional praticamente inalcançável. Neste âmbito, não somente os sentimentos melancólicos ou de tristeza “mórbida” foram destacados, mas também de alegria, pois, “aqui, o doente não cabe em si de contentamento e deixa transparecer na mímica, nos gestos e nas ações, a satisfação íntima e a intensa alegria de que está possuído.” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 51), desvelando ideais e normas sobre as manifestações emocionais no físico e no comportamento, mesmo em emoções consideradas “positivas” pelo discurso médico.

Como elucidam Georges Minois (2003) e Pascal Bruckner (2014), ao longo das primeiras décadas do século XX, o riso e a alegria se tornaram características emocionais das sociedades ocidentais, estrategicamente difundida para lidar com desafios que transcenderam das sucessivas mudanças econômicas, políticas e sociais, como guerras, conflitos ideológicos e crises econômicas. Considerando o impacto da medicina europeia e norte-americana sobre a brasileira, a valorização da

²⁷ Em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1940; 1951) há 6 capítulos que tratam tipos de semiologias, são eles “Semiologia da Atenção”, “Semiologia da Afetividade”, “Semiologia da Vontade”, “Semiologia da Imaginação”, “Semiologia da Consciência” e “Semiologia da Memória”. O conceito define as técnicas aplicadas para analisar um quadro patológico, destacadamente para diagnosticar sintomatologias. Os sentimentos e as sensibilidades estão presentes em sintomatologias diversas. Como os resultados de pesquisa permitiram observar, os capítulos apresentam aspectos das sensibilidades em todas as semiologias, destacando-se entre a afetividade e vontade, as quais enfatizam as emoções como alegria e tristeza e seus “estados mórbidos”, temática que será tratada no capítulo seguinte da presente dissertação. Nos demais, as sensibilidades são descritas como sensações corporais, estas, porém, não foram o foco do estudo desenvolvido. Entretanto, possibilitam uma análise acerca da medicalização dos sentimentos em todas suas formas, nessa perspectiva, as sensações físicas agradáveis ou desagradáveis, como o prazer e a dor e de quais formas essas sensações são enquadradas como normais ou anormais no discurso médico e que caracterizam comunidades emocionais.

²⁸ Afetividade para a Psiquiatria, como apontam estudos, refere-se à capacidade de externalizar e expressar as emoções e humores, isto é, manifestar sua afetividade em diversos contextos gerando reações afetivas internas e externas (FU I; CURATOLO; FRIEDRICH, 2000; SASSI; SOARES, 2001).

alegria no cenário pode justificar a relação desse sentimento com os ideais de saúde estabelecidos pela medicina paulistana no cenário. No entanto, as passagens do compêndio de Pacheco e Silva (1951), analisadas sob a perspectiva da história do sentimento, permitiram refletir acerca da criação de um padrão emocional forjado pelo saber psiquiátrico para a sociedade que, ainda que valorizasse a alegria, valorizava mais o saber calar e exprimir emoções, seguindo uma norma de civilidade e condutas diagnosticadas como saudáveis, destacando o autocontrole de si.

Nesse contexto, a alegria foi igualmente alvo das práticas psiquiátricas em seu estado diagnosticado como “mórbido”, identificado, dentre outras nosologias, nas formas expansivas da paralisia geral, como aponta o *corpus* analisado (PACHECO E SILVA, 1951). Manifestações de sentimentos tristes, depressivos e apáticos, como ilustrado nas fotografias anexadas no capítulo “Paralisia Geral”, também permitiram inferir sobre o controle e medicalização do sentimentos durante o período delimitado, visto que emoções são elementos das legendas, compondo uma narrativa e discurso acerca do normal e patológico concernente ao sentir por intermédio dos registros iconográficos.

Figura 5 – "Paralisia geral. Forma Depressiva"

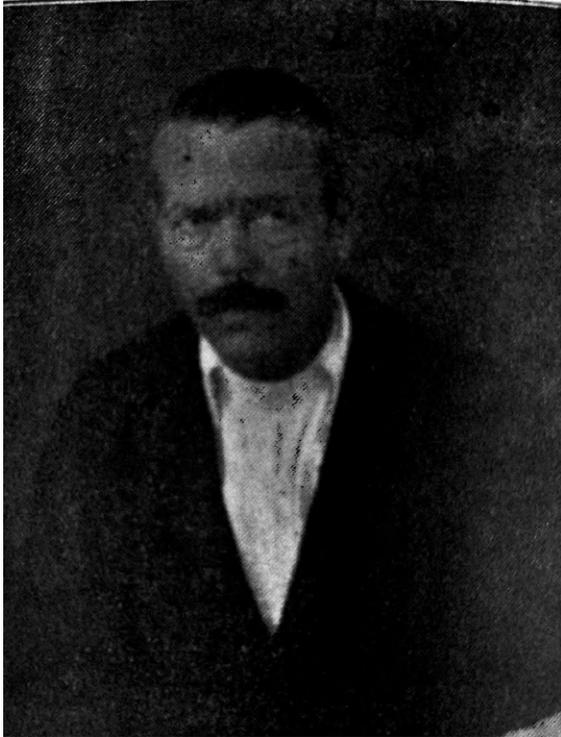
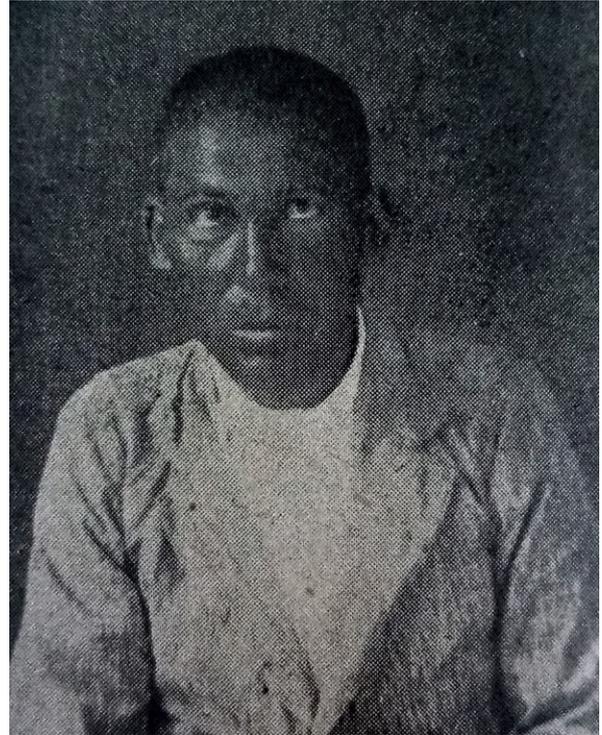


Figura 6 – "Paralisia geral. Forma Apática"



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951, p. 370)

As fotografias pertencem a um quadro sem título composto por quatro imagens de homens diagnosticados com paralisia geral em capítulo homônimo no manual de Pacheco e Silva. Possivelmente retiradas de prontuários, constroem uma narrativa que destaca o estado emocional como aspecto determinante da sintomatologia da patologia a qual se refere. A disposição destas imagens no quadro permitiu considerar aspectos das práticas biotipológicas, organicistas e eugenistas que objetivavam evidenciar aspectos doentios sobre o físico, no caso das duas fotografias, a presença dos sentimentos de tristeza e apatia. Destacam faces acobalhadas, melancólicas, olhares distantes, ombros caídos e as vestes desalinhadas, elementos considerados merecedores de atenção em exames no período, ao passo que eram indicativos de patologias, como apontado no documento.

Partindo do exposto, verificou-se que gesticulação, risos altos ou choros constantes, demonstrações “sem motivo aparente” de felicidade extrema, ou tristeza e apatia, poderiam ser elementos que constituiriam diagnósticos de “doença mental”, posto que a norma impunha a polidez e autocontrole de si, refletindo na fabricação de um padrão emocional e comportamental inalcançável que poderia causar sofrimento intenso àqueles que buscavam seguir a risca, e marginalizando aqueles que iam na contramão de tais normas. A proposta de uma história das emoções a partir do conceito de comunidades emocionais de Barbara H. Rosenwein (2006) permitiu supor, analisando o contexto paulistano dos anos 20 e 30 do século XX, a atuação médica sobre as vivências sensíveis, a patologização e medicalização sobre os sentimentos manifestados e considerados mórbidos, quando destoantes do padrão estipulado como saudável pelos profissionais da saúde, sobretudo psiquiatras.

Os psiquiatras, dessa forma, ocuparam um importante lugar junto às políticas de saúde para a formação de uma comunidade que tivesse sua própria identidade e valores na capital paulista, mas também no restante do país, dada à concepção sobre São Paulo como uma referência de modernidade e cientificidade, como reiteram Nicolau Sevcenko (1992) e Tania Regina de Luca (1999). Entretanto, as práticas de medicina no território brasileiro eram limitadas, não alcançando todas as regiões, sobretudo áreas afastadas das grandes capitais, como regiões rurais e sertões que, devido a dificuldade de acesso a tratamentos médicos, acabavam por produzir suas próprias práticas de saúde, perpassando por saberes populares, demonstrando uma heterogeneidade diante das práticas de saúde no Brasil, mas também contradições presentes entre o discurso médico e sua prática (MOTA, 2018; MARÇAL, 2022). Sendo assim, conjecturou-se que esta heterogeneidade diante das práticas de saúde estenderam-se à disseminação de normas do sentimento, permitindo inferir que nem todos foram afetados por elas ou que foram afetados em níveis diferentes, possibilitando sugerir que apesar dos projetos de uniformização das emoções, diversas comunidades existiam, compartilhando seus valores e significados sobre os sentimentos de formas distintas, conforme suas realidades no território brasileiro.

Manifestações de tristezas, apatias, ações e atos considerados impulsivos, bem como vontades e desejos, ou falta deles, são destacados como aspectos que

constituem o capítulo “Semiologia da Vontade”, indicando a emotividade ou “tom emotivo” da vontade como indícios de patologias. Pauta do saber psiquiátrico, o controle das emoções foi um mecanismo para que os sentimentos não colocassem em risco os ideais e projetos das elites, como destacam Ana Paula Vosne Martins (2012) e Jean-Jacques Courtine (2020), ao tratarem do lugar das emoções na contemporaneidade e a necessidade de sistematização sobre elas para uma organização social e política voltadas à modernidade. Dessa forma, os estados emocionais, como enfatiza Pacheco e Silva, “[...] podem arrastar o indivíduo a realizar certos atos, que se caracterizam pela instantaneidade, pela rapidez e pela irreflexão. A vontade se torna impotente para dominar o impulso suscitado pela emoção” (1951, p. 52-53), podendo condicioná-los ao crime e ao suicídio, ações definidas como doências, com traços de perversidade.

O lugar das emoções sob a lente da psiquiatria se destaca no compêndio analisado através de um capítulo que busca tratar mais profundamente os supostos perigos emergentes das experiências e manifestações emocionais, focalizando na relação entre emoção e distúrbios causados pela emotividade. O capítulo intitulado “Da emoção e seus distúrbios” sublinha historicamente a atenção de estudiosos que dedicaram-se à análise e problemáticas sobre o sentir da Antiguidade à Contemporaneidade. Aristóteles (384-322 a.C.), Sêneca (4-65 a.C.), Crísipo (?-206 a.C.) são citados como pensadores essenciais sobre os sentimentos, de modo que no tópico “Os antigos: organicistas e intelectualistas”, é afirmado que “é justo recordarem-se os esforços empreendidos pelos sábios da antiguidade, empenhados no estudo das paixões e das faculdades da alma.”, e, ao tratar dos referidos filósofos, destaca: “[...] esboçaram teorias que, não obstante os progressos da ciência, constituem, ainda hoje, base das doutrinas modernas. O primeiro foi o criador da teoria orgânica, visceral das emoções, ao passo que os segundos defendiam a teoria intelectualista.” (1951, p. 75). Ainda que filósofo da Renascença, René Descartes (1596-1650) também é mencionado dentre os antigos, no que concerne às suas propostas teóricas sobre emoções, são apresentadas proximidades com os fluídos das concepções hipocrático-galenas, de que a vida e os sentimentos eram resultado de fluidos essenciais.

A descrição das vertentes anunciam que na primeira, defendia-se que as emoções derivam das vísceras, remetendo-se às entranhas e órgãos (principalmente

do coração), justificando a denominação deste grupo como organicistas. Para intelectualistas, todas são originadas no cérebro (PACHECO E SILVA, 1951). Ainda que diferentes, ambas consideravam que os sentimentos são orgânicos, o que permitiria que determinados estímulos pudessem alterar os estados emocionais, controlando emoções, como pretenderam psiquiatras com a medicalização e terapias biológicas no século XX. Os excertos elucidam o impacto das teorias antigas na psiquiatria moderna, mas também permitiram considerar, por intermédio do conceito de comunidades emocionais, como os sentimentos, ainda que tenham se alterado no tempo, espaço e entre grupos sociais, despertaram o interesse intelectual que objetivava compreendê-los como elementos da vida social e política, mas também visando normatizá-los, moldá-los segundo o que se entendia como saudável, construindo comunidades que compartilham os mesmos valores sobre as sensibilidades (ROSENWEIN, 2011).

Construindo um histórico sobre as emoções na modernidade, Pacheco e Silva, perpassa por teorias do naturalista Charles Darwin (1809-1882) e do médico e psicólogo Wilhelm Maximilian Wundt (1832-1920), que objetivaram, às suas maneiras, analisar expressões emocionais no físico e nos comportamentos humanos. Ambos os estudiosos em suas respectivas áreas, apresentaram suas teorias no decorrer do século XIX, período marcado por novas abordagens sobre as sensibilidades e as sociedades, resultado da institucionalização das ciências e dos avanços tecnológicos. Tais tecnologias, como o uso de fotografias, permitiam mapear os tipos físicos de homens e mulheres, facilitando estudos sobre emoções e suas manifestações, antes feitas manualmente, através de desenhos e gravuras, como utilizavam os referidos pesquisadores. Por meio da historiografia dos sentimentos foi possível considerar rupturas e permanências acerca de técnicas empregadas para analisar as emoções e os estudos dos humores, desse modo, a perspectiva orgânica e o estudo do rosto são práticas do passado que permearam, foram reformuladas e readaptadas na história das ciências e da saúde, impactando à psiquiatria brasileira como revelado no material empírico da presente dissertação (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016; COURTINE, 2020; CORBIN, 2021).

As teorias de Darwin e Wundt são criticadas por Pacheco e Silva no tópico “As teorias modernas”, ao afirmar que as propostas apresentadas pelos estudiosos não

explicava “[...] a adaptação voluntária, a mímica, o mecanismo emocional e suas relações com aquêles centros”, isto é, os centros talâmicos ou peritalâmicos, localizados no cérebro, importantes para o processamento das emoções. Diante do contexto da modernidade apontada no título do tópico, são destacados nomes de outros estudiosos que, nas palavras do médico, “[...] abriram um novo e inesgotável campo de verificações, demonstrando as relações da emoção com os centros nervosos, com o sistema simpático e com as glândulas endócrinas” (1951, p. 77), são eles, Bechterew, Pagano, Bard, Canon e Keist ²⁹, justificando o tópico que sucede, intitulado “Mecanismo das emoções”.

Descrevendo teorias acerca das emoções e seus funcionamentos no corpo, é destacado o lugar das propostas organicistas sobre a temática, de modo que estiveram associadas à pressão sanguínea, aceleração do pulso, horripilação, entre outras causas, que caracterizaram emoções como efeitos ou fenômenos biológicos. Nesse âmbito, permitiu considerar os impactos da biotipologia, biometria e organicismo como mecanismos para medir, classificar e tipificar não somente os corpos e mentes, como pressupõe Ana Carolina Vimieiro Gomes (2012), mas também os sentimentos no período em questão. Dessa forma, os sentimentos foram alvo da psiquiatria, pois apresentam-se como elementos gerados pelo cérebro, da mente e assim como o corpo, deveriam estar enquadrados no projeto de uma identidade brasileira atravessada por concepções científicas que embasavam projetos políticos. Sendo assim, definir e diagnosticar emoções benéficas e maléficas para o convívio social em São Paulo e no Brasil, era um meio de construir o tipo brasileiro ideal dentro dos moldes republicanos e percepções que compreendiam São Paulo, sobretudo os habitantes da capital paulista, como modelos a serem seguidos.

A preocupação acerca da inteligência e saúde emocional implicou a sistematização de possíveis diagnósticos relacionados à emotividade, de modo que,

²⁹ Dentre os nomes apontados por Pacheco e Silva, o único que foi encontrado em busca *online* foi o primeiro, Wladimir Mikhailovitch Bechterew (1857-1927), um renomado neurologista e psicólogo russo. Não foram encontrados em citações ou estudos os demais referenciados, porém, é possível supor que ocupavam lugares importantes nos campos da Neurologia e Psicologia, devido a menção à relevância de suas pesquisas sobre o as emoções nos centros nervosos. Essa ausência de trabalhos também apontam a necessidade para o desenvolvimento de pesquisas que se propõem analisar impactos da medicalização dos sentimentos na história a partir de diversas perspectivas médicas, que influenciaram a vida de homens e mulheres. São caminhos para a compreensão da construção de propostas que forjaram sentimentos do passado a partir de ideias de normalidade e anormalidade que reverberam nas noções sobre o sentir no presente.

no tópico “Distúrbios da emoção”, Pacheco e Silva afirma: “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” (1951, p. 78-79), e complementa:

Nos casos em que se nota exaltação dos sentimentos, com exagerada vivacidade do tono afetivo, o indivíduo se torna facilmente impressionável e irritável, não raro se desencadeando, pela menor excitação colhida do mundo exterior, uma série de reações emotivas traduzidas, conforme se trata de uma emoção triste ou de uma alegre, pelas mais variadas exteriorizações. Em certas doenças mentais, a emotividade se encontra pervertida pela predominância de um estado afetivo, que provoca sempre uma determinada reação, invariável com o estímulo que a motivou. Um indivíduo em estado de excitação maníaca está quase sempre eufórico e até uma notícia triste o fará reagir por manifestações de alegria. O inverso poderá ocorrer com um melancólico. (PACHECO E SILVA, 1951, p. 79)

As afetividades, vontades e as externalizações “desmedidas” ou “exageradas” de alegrias ou tristezas são retomadas no capítulo, permitindo considerar, a partir da proposta de Rosenwein (2011), como a psiquiatria ocupou um lugar na organização de ideais emocionais para a modernidade, no caso, a modernidade paulistana, reverberando na identidade nacional, por intermédio da patologização e medicalização dos sentimentos, intervindo e centralizando os modos de conviver da pauliceia. O discurso médico era, sobretudo, político que, alinhado ao discurso higienizador e sanitarista, tornaram-se instrumentos capazes de inspirar submissão (COSTA, 1979; MOTA, 2005).

O conglomerado de normas e regras que constituíam o “homem paulistano” objetivava consolidar este ideal. A medicalização dos sentimentos também foi um aspecto interessante para as práticas psiquiátricas e médico-higienizadoras e que refletiam na realidade paulista, pois, “o homem livre de doenças expressaria a restauração paulista, bem como um ganho econômico, por sua força de trabalho, pois, afinal, todo homem teria um valor, designado em função de sua produção para a sociedade” (MOTA, 2005, p. 83). Dessa forma, o “homem paulistano” deveria estar educado fisicamente, moralmente e emocionalmente dentro de padrões que condicionassem seus corpos e sentimentos para a produção e para o lucro, sobretudo, mirando à ordem e o progresso projetado pelos ideais republicanos.

2 Patologização da Tristeza na “Cidade-laboratório”

A historiografia sobre o Estado de São Paulo revela que a medicina passou por amplas transformações em resultado da institucionalização de suas práticas, com o objetivo de construir uma mobilização contra doenças endêmicas e epidêmicas, alcoolismo, tabagismo, doenças venéreas, fertilidade, natalidade, ao mesmo tempo que buscava um aperfeiçoamento racial frente ao cenário brasileiro. O controle social e das doenças, através de ações higiênicas e sanitárias, que ocupou a vida pública e privada, foi uma estratégia utilizada para gerar submissão e padronizar o viver na capital e nas áreas interioranas e o lugar social que as pessoas ocupavam (SCHWARCZ, 1993; LUCA, 1999; MOTA, 2003).

Durante os anos 20 e 30 do século XX, como resultado das preocupações e interesses políticos, econômicos e sociais das elites emergentes e de investimentos nacionais e internacionais, destacadamente da *Fundação Rockefeller*, a metrópole paulista foi tornada um grande laboratório. Em São Paulo, ainda que os investimentos tenham sido aplicados em diversas áreas e no Brasil inteiro, a saúde, arrecadou o maior saldo, sendo destinado à capacitação de profissionais, combate a doenças e colaborando para a origem de institutos, laboratórios e centros de pesquisa, por exemplo, do Instituto de Hygiene e do Instituto de Pathologia, mas também à reformulação da estrutura acadêmica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Essas iniciativas impactaram para a construção da capital paulista como um centro moderno, cultural e econômico no país, referência de tecnologia e de ciência, atraindo diversas pessoas das áreas interioranas de São Paulo, mas também de outros estados, seja na busca por empregos melhores ou tratamentos médicos, como indicam Maria Regina Barros da Silva (2003) e Maria Gabriela S. M. C. Marinho (2004).

As mudanças emergentes na virada do século XIX para o XX, implicaram formas de vivenciar e manifestar os sentimentos no mundo todo. Anne Vincent-Buffault (1988) e Jean-Jacques Courtine (2020), ao tratarem das emoções nesse contexto, permitiram inferir acerca das novas experiências sensíveis e sistemas emocionais fabricados na sociedade paulista nas décadas iniciais do século XX, isto é, em consequência dos ideais republicanos, os sentimentos ocuparam uma posição mais centralizada na vida social, moral, intelectual e política do Estado. Nesse

sentido, a modernização, tecnologia e ideais de avanço pela ciência, que alteraram as relações sociais, movimentaram nas elites paulistas um sentimento de que São Paulo, destacadamente a capital, era uma promessa de saúde, alegria, brilho, luxo e consumo. Dessa forma, as emoções foram inseridas nas práticas laboratoriais, por intermédio da medicina, fabricando um sistema que categorizou e definiu sentimentos tolerados e intolerados para a comunidade, mas também como, quando, como e onde deveriam ser manifestados. Diante das normas emocionais que surgiram, os sentimentos opostos aos ideais de progresso eram diagnosticados como doenças e portanto, deveriam ser sanados através de tratamentos médicos recomendados, forjando um projeto de comunidade emocional alinhado àquele que pretendia construir uma identidade nacional.

Pascal Bruckner (2014), ao analisar o dever da felicidade nas sociedades de massas, permitiu considerar relações entre modernidade e alegria na metrópole paulista. A alegria tornou-se um indício de saúde, reflexo dos benefícios da modernização, reforçando hipóteses acerca da imposição da felicidade como dever. Como reitera Roberto Pompeu de Toledo (2012; 2015), a lógica seguida era de que se a capital, durante o período colonial e imperial, fora dominada pelo cinza da garoa e pela solidão, na República, não mais estaria imersa no silêncio melancólico, mas simbolizaria as luzes de esperança para os grupos dirigentes e seus interesses viabilizados pelo crescimento econômico oriundo da cafeicultura, da construção civil, do transporte, do comércio e consumo, dos negócios internacionais que mobilizavam fortunas.

Entretanto, críticas apresentadas por Mário de Andrade sobre a pauliceia no início dos anos 20, em seu poema “Os Cortejos”, apontam à metrópole em ampliação como uma “grande boca de mil dentes”, que devorava a todos, não possuindo “Nada de asas! Nada de poesia! Nada de alegria!” (1987, p. 84), não sendo tão carnavalesca como as “serpentinhas a desenrolar” a fazia parecer. Neste sentido, foi possível observar que, apesar dos avanços tecnológicos e o enriquecimento de diversas pessoas, a realidade era o oposto do que sonhavam e pregavam as elites, e a alegria disseminada discursivamente era falaciosa. A historiografia revela que a cidade foi palco de diversas crises econômicas e sanitárias, poucas oportunidades de trabalho, resultado do aumento exponencial da

população, bem como do racismo e xenofobia que segregaram e excluíram tantos grupos (SEVCENKO, 1992; MOTA, 2005; FAUSTO, 2006).

As promessas de prosperidade, felicidade, saúde e boa vida não abrangiam todos e muitos que não alcançavam o sucesso, acabavam em situações de vulnerabilidade, revelando, como contraponto, uma outra realidade sobre as experiências vividas, a qual pode ter influenciado ou condicionado sentimentos de tristeza, desespero, saudade ou de abandono, sofrimentos que contrastavam com o idealizado. Suas manifestações incidiam no tratamento das moléstias mentais na medida em que eram emoções consideradas negativas, destoantes de sentimentos de felicidade, de otimismo, de despreocupação, os quais significavam os que alcançavam o sucesso material, nessa medida, considerados sãos, cujos corpos, mentes e sentimentos representavam a cidade que mais crescia na América Latina no contexto. Entretanto, vale ressaltar que até mesmo pessoas endinheiradas, que possuíam uma qualidade de vida, não eram isentas do entristecer ou do desejo de acabar com a própria vida, o que permite refletir sobre as singularidade e complexidade das sensibilidades, e como diversas situações do cotidiano, reverberam no sentir.

Com propostas de urbanismo saneador e disciplinarização da vida urbana, sob pretexto de normatização e embelezamento do Estado de São Paulo, mas também das relações sociais, como elencado por estudiosos, foi possível supor que a maioria das manifestações das tristezas eram compreendidas pelas normas médicas, destacadamente pela psiquiatria, como o contrário da beleza e saúde almejada, anunciando um obstáculo aos objetivos das elites para as novas relações sociais no ambiente urbano (CUNHA, 1986; FAUSTO, 2006; MOTA, 2018). Nesse bojo, as ações médicas interviam nos sentimentos por intermédio de ações de interdições e internações dos diagnosticados melancólicos em instituições manicomiais e prisões, longe dos olhos higienizados das elites, alinhadas ao processo de higienização. A patologização, medicalização e medicamentação das tristezas reflete as novas formas de compreensão acerca dos sentimentos e suas manifestações na vida pública e privada, mas também política vivenciadas na “cidade-laboratório” durante os frementes anos 20 e 30 do século XX.

2.1 A dor de existir: a melancolia no manual Psiquiatria Clínica e Forense

Atenção aos graus e perfis dos “melancólicos” e as diferenças entre as manifestações dos sofrimentos estiveram inseridas em terrenos científicos com a medicina moderna, destacadamente na psiquiatria, de modo que diversos profissionais estiveram interessados em analisar e sistematizar o estado emocional (MOREIRA, 2002; PERES, 2010). No contexto histórico brasileiro, a sistematização dos sentimentos tristes sublinham a patologização e criminalização dos sofrimentos, conforme projeto de padronização e normatização das emoções diante da idealização de uma sociedade homogênea baseadas nos pressupostos positivistas de ordem e progresso.

A história da melancolia revela nomes como Philippe Pinel, Johan Christian August Heinroth (1773-1843), Sigmund Freud (1856-1939), Emil Kraepelin, entre outros, que dedicaram-se às análises acerca das experiências sensíveis associadas às tristezas. As teorias desenvolvidas apontam para possíveis rupturas e continuidades de uma história das emoções tristes, ao mesmo tempo, uma história dos transtornos depressivos ³⁰ na contemporaneidade, como apontado por Táki Athanássios Cordás e Matheus Schumaker Emilio (2017). Nesse sentido, Pinel compreendia a melancolia como um único delírio, oposto a mania ou ao delírio generalizado; atrelado à Igreja Luterana, o alemão Heinroth possuía uma visão religiosa acerca do diagnóstico, destacando uma perspectiva psicossocial focalizando vivências singulares de cada pessoa e de seu meio e Freud, com a abordagem psicanalítica, foi importante para os interesses referentes ao estado depressivo ou melancólico, no início do século XX, além de aproximar as sensações do luto às manifestações da melancolia, também foi um dos primeiros a apresentar reforços psicológicos para o tratamento da considerada doença.

Dentre os nomes de médicos, destaca-se o psiquiatra alemão Emil Kraepelin que, em 1899, na terceira edição de seu *Tratado de Psiquiatria*, descreveu minuciosamente as formas de manifestação das consideradas crises melancólicas à

³⁰ A história das emoções tristes e dos transtornos depressivos se cruzam ao passo que dentre a sintomatologia dos tipos de depressão, as tristezas, angústias, sofrimentos intensos são evidenciados e perpassam estudos desenvolvidos ao longo das épocas. Ainda que a presente pesquisa tenha utilizado como material empírico um compêndio de Psiquiatria, o objetivo não foi desenvolver uma história da depressão, mas verificar através do documento a psiquiatrização e patologização da tristeza na cidade de São Paulo no início do século XX.

época. Reuniu as chamadas loucuras intermitente, circular, de dupla forma e alternada para uma única enfermidade, nomeando-a psicose maníaco-depressiva. Joel Birman (2010), ao apresentar uma discussão sobre as concepções brasileiras referente ao conceito nosológico no Brasil na Primeira República (1889-1930), afirma que a definição "psicose maníaco-depressiva" para mania e melancolia, revela o caráter organicista da psiquiatria, anunciando a interpretação médica referente à periculosidade social dos que eram diagnosticados, o que justificaria para os médicos do período, a necessidade de isolamento asilar ou domiciliar dependendo da gravidade do quadro, indicando também preocupações com as manifestações emocionais tristes nos meios urbanos e sociais.

Os escritos de Kraepelin foram fundamentais para a psiquiatria moderna brasileira, sendo referências em publicações de Afrânio Peixoto (1876-1947), que desenvolveu a leitura originária da psicose maníaco-depressiva no país, e do médico e professor Juliano Moreira (1873-1933), responsável por inserir sistematicamente os pressupostos do psiquiatra alemão no paradigma psiquiátrico brasileiro no início do século XX, marcando uma ruptura com a tradição francesa, presente na prática do alienismo (BIRMAN, 2010). Ao abordar a genealogia das teorias que implicam debates acerca da degeneração e seu conceito, Sandra Caponi (2012) indica que o discurso teórico de Kraepelin, no campo no Brasil, delimitou novas formas de interpretação das manifestações dos transtornos mentais, possibilitando, além de medicalizar a "loucura", medicalizar os sentimentos diagnosticados como sinais de psicoses, delírios ou demências, resultando em intervenções médico-legais e aplicação de violentas terapias. Essa estratégias anunciam formas de interpretação das emoções na sociedade e seus impactos na organização social, política e intelectual das comunidades, como possibilita conjecturar os pressupostos teóricos norteadores desta pesquisa.

Inseridos nas práticas laboratoriais da "cidade laboratório", os sentimentos estiveram anexados às temáticas da medicina-legal disseminadas em publicações acadêmicas do período, movimentando uma divulgação em massa dos saberes médicos em todos os âmbitos da sociedade. Os objetivos emergiram de um projeto eugenista, organicista e higienista para padronização da identidade brasileira, sendo assim, com propósitos educativos e morais, dedicados a encontrar denominação, causas e tratamentos para emoções consideradas desviantes e doentias, como as

tristezas, como elucidado por Denise Bernuzzi Sant'Anna (2013) e Pierre-Henri Castel (2020).

Nas palavras de Francisco Franco da Rocha (1904), as funções do cérebro, responsáveis por construir o temperamento do indivíduo, são divididas em três: sentimento, inteligência e movimento. Segundo o médico, os sentimentos poderiam ser positivos ou negativos, coexistirem e se complementarem, pois um não existe sem o outro, ao passo que só se conhece a alegria ao conhecer a tristeza. Entretanto, as orientações presentes no compêndio do alienista reitera que emoções não deveriam ser exacerbadas, nem diminuídas, visto que poderiam indicar alienação mental ou loucura. Por meio da análise do documento e da epistemologia histórica das emoções, foi possível considerar que os debates acerca dos sentimentos indicavam necessidades de regular as externalizações sentimentais, fabricando formas corretas e saudáveis de sentir, de modo que os sentimentos não afetassem negativamente a sociedade. Partindo disso, os resultados de pesquisa mostram que as tristezas foram experiências emocionais que mais estiveram sob a lente da psiquiatria, pois historicamente relacionadas ao ócio e ao isolamento, oposto aos ideais de modernidade, eram diagnosticadas como doentias, bem como às tendências e ideações suicidas compreendidas como perversas, imorais e indicativos de insanidade e fraqueza do corpo, da mente e do espírito.

No manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva, material empírico desta pesquisa, a temática das emoções permaneceu ocupando um lugar de destaque nos escritos sobre patologias mentais e medicina-legal. Dentre as emoções mais abordadas entre as sintomatologias, foram identificadas as tristezas. Diante disso, foi possível verificar a atenção médica sobre as emoções e suas externalizações na vida paulista e paulistana no projeto republicano de ordem e progresso e a busca por uma identidade nacional, bem como, permitiram ponderar a fabricação de normas do sentir por intermédio do discurso e narrativas médicas sobre sentimentos considerados saudáveis e não saudáveis à comunidade emocional ao longo dos anos 20 e 30 do século XX ³¹.

³¹ A iconografia disposta no manual de Pacheco e Silva, como apontado por ele próprio, é resultado de 20 anos de trabalhos no campo da Medicina Legal em São Paulo. Nesse sentido, ainda que o compêndio tenha sido publicado em 1940 e, posteriormente, em 1951, reúne materiais como textos, fotografias e casos datados entre os anos 20 e 30, que marcam o início da trajetória médica do autor, mas também permitiu a análise centralizada nesta temporalidade por esta dissertação.

Foi possível analisar mais profundamente a patologização da tristeza no âmbito psiquiátrico por intermédio do capítulo sobre a psicose maníaco-depressiva, que figura dentre os 51 capítulos do compêndio, visto especificações das formas de melancolia manifestadas como doença. O capítulo sublinha o histórico e conceito nosológico, sintomas fundamentais da mania, manifestação da hipomania, mania típica, formas de melancolia que figuram o quadro, ações médico-legais e tratamentos possíveis. A análise empregada centralizou-se nos aspectos que destacam os sentimentos de tristeza, portanto, nas categorias de melancolia.

No tópico “Histórico e Conceito”, foi identificada a influência dos escritos de Kraepelin para a Psiquiatria brasileira e à sistematização da melancolia enquanto doença na primeira metade do século XX. A psicose era entendida como uma doença essencialmente hereditária, “[...] caracterizada pela repetição, alternância, justaposição ou a coexistência de estados de excitação e de depressão” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 331), o que justificou à época, a união da melancolia e da mania em uma única patologia, que remete-se hoje ao transtorno bipolar. A descrição histórica revela também, características organicistas e eugenistas da prática psiquiátrica do período e a presença da teoria da degeneração e hereditariedade nos diagnósticos. A melancolia ganha espaço no capítulo do compêndio, mais especificamente, a partir do quinto tópico, com a classificação de suas formas, são elas: simples, delirante e ansiosa.

Descrita como a mais frequente entre os examinados, a forma simples da melancolia apresenta dentre os sintomas tristeza mitigada, desânimo e abatimento, cuja manifestação nos corpos dos pacientes anuncia o permanente acabrunhamento e o desinteresse pelas coisas que antes importavam e despertavam felicidade. Ações conformistas indicam falta de vontade e aceitação do sofrimento no qual a pessoa se encontrava. Em casos raros, o paciente era acometido de inquietude, angústia e uma lamentação constante sobre uma situação que considerava irremediável (PACHECO E SILVA, 1951). A análise dessa forma apontou que experiências sensíveis tristes poderiam ser reduzidas, como pressuposto pelo uso da palavra "mitigada" para descrever a tristeza. Essa vivência triste, acompanhada pela falta de ânimo e desejo de isolamento, evidenciados por emoções que atravessavam o diagnóstico, tal qual "acabrunhamento", remetia-se à perda da

alegria, desgosto, aflição e também como sinônimo para a tristeza, foram associadas à patologia.

Alain Corbin (2021), ao abordar a história do silêncio, aponta que o isolamento foi socialmente encarado na virada do século XIX para o XX, período marcado pelas agitações promovidas pelo avanço tecnológico e científico, como um hábito nocivo, que caminhava na contramão das noções de progresso, mas também de saúde, pois anunciava possíveis tristezas. A inserção dos sentimentos nas pautas da saúde, nesse sentido, aponta que uma pessoa em isolamento do seu meio social por um tempo específico, que fosse mais introspectiva e tímida, ou manifestava um pequeno desânimo com as coisas do seu cotidiano, como o trabalho, a família e os amigos, que não desejava casar e constituir família, nos moldes tradicionais impostos pela ordem médica e norma familiar, poderia ser diagnosticada com psicose maníaco-depressiva nas formas de melancolias.

Ao tratarem o controle das emoções através da história do rosto, Jean Jacques-Courtine e Claudine Haroche (2016) permitiram supor que manifestações emocionais nos corpos e faces, como as tristezas, poderiam ser enquadradas como patologias, pois opostas às externalizações sensíveis diagnosticadas como benéficas, belas e saudáveis, como as alegrias e felicidades. Nesse âmbito, verificou-se que a falta de ânimo relacionava-se, no discurso médico, à improdutividade e inércia, ações contrárias ao movimento, produtividade e agitação da vida paulistana, atrelado a projetos de avanços econômicos e a formação de um corpo ideal paulistano, entendido como superior, orgulhoso e alegre, consequência da sua autodeclarada herança bandeirante (SEVCENKO, 1992; LUCA, 1999; SILVA, 2003).

Moacyr Scliar (2003), ao analisar a trajetória da melancolia enquanto sentimento na Europa medieval ao Brasil colonial, elucida que a Idade Média e a Renascença foram contextos históricos que, marcados pela doença, perseguições religiosas e diversos conflitos e guerras, construiu um cenário de desolação, colocando a tristeza no foco de produções de pensadores, estudiosos e artistas do período. Nesse contexto, o acadêmico e clérigo Robert Burton (1577-1640) publicou, em 1621, a obra *The Anatomy of Melancholy*, enfatizando que a melancolia fazia parte da condição humana, sendo impossível se proteger dela. Suas ideias refletiam o contexto histórico de sua publicação, visto que, resultado das experiências sociais de homens e mulheres no período, eram comuns medos da morte, da doença, de

luto e perda, contexto que colaborou para que Burton diagnosticasse a sociedade como doente e a melancolia um sintoma dela. Esse cenário de desolação fabricado entre Idade Média e Renascença era, portanto, comum os extravasamentos dos sofrimentos, das tristezas, dos choros e lágrimas nas comunidades emocionais, isto é, reflexos das organizações, valores, impressões partilhadas pelos grupos sociais.

Estudiosos dos sentimentos apontam que as formas de vivenciar emoções variam conforme os tempos, espaços e concepções morais, éticas e culturais das sociedades (SIQUEIRA, 1976; ROSENWEIN, 2006; 2011; PESAVENTO, 2012; COURTINE, 2020). Partindo dessa perspectiva, Anne Vincent-Buffault (1988), ao analisar a história das lágrimas, reitera o impacto do século XIX sobre os signos corporais que modificam os gestos das emoções, sobretudo, com a fabricação de pudores referentes às manifestações públicas de sentimentos nas sociedades ocidentais. Dessa forma,

Os imperativos burgueses de boa conduta vão, no século XIX, deixar de lado o aspecto demonstrativo das lágrimas e, mais ainda, colocá-lo em questão. A valorização da expressão individual ainda manifesta-se pelas lágrimas, mas, ao contrário do que ocorre no século XVIII, elas são reservadas à intimidade, à esfera privada. (VINCENT-BUFFAULT, 1988, p. 13)

Baseada nas vidas das elites, emerge dos ideais de boas condutas uma revisão sobre as expressões sentimentais nas manifestações no corpo e na mente das pessoas, definindo boas ou más emoções para a vida coletiva. Nesse bojo, as externalizações sensíveis passaram a ser oprimidas e restringidas à vida privada, ao quarto, às escritas dos diários íntimos e secretos, não mais compartilhadas abertamente, visto que eram tratadas com intolerância. A institucionalização dos saberes, como o médico, inseriu as emoções em suas práticas e, sobretudo, por intermédio da psiquiatria, passaram a ser diagnosticadas como saudáveis ou doentias, conforme o projeto estipulado para a organização social, como observado no contexto paulista ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, de acordo com os estudiosos do período em questão (COSTA, 1979; SEVCENKO, 1992; LUCA, 1999; MOTA, 2003).

A permanência no quarto por longos períodos, o descuido com as vestes, o isolamento autoimposto, como desvelaram resultados de pesquisa, passaram a ser

compreendidos como nocivos, indícios de crises melancólicas, portanto doentias. Ainda que não fossem observados delírios ou distúrbios sensoriais, enquanto objeto da saúde, recomendava-se a repressão e o autocontrole, revelando um silenciamento das emoções. A proposta de Corbin (2021) para uma história do silêncio, permitiu analisar concepções médicas sobre experiências silenciosas vivenciadas durante os anos 20 e 30 na metrópole paulista, isto é, ora benéficas, quando remetiam-se ao silenciamento das emoções, entendidos como autocontrole; ora maléficos, quando a pessoa se isolava do mundo, evitando o contato com amigos e família, permanecendo muito tempo sozinha, em espaços reservados, em silêncio, o que, por sua vez, poderia ser examinado e diagnosticado como patológico, conforme identificado na descrição do quadro melancólico no compêndio de Pacheco e Silva (1951). O silêncio relacionado à melancolia fazia alusão à decadência emocional, ao passo que agitações da modernidade fabricam o desejo pela agitação e movimento, oposto à solidão, como possibilita inferir os estudos das emoções no século XIX e XX (VINCENT-BUFFAULT, 1986; ILLOUZ; ALALUF, 2020; CORBIN, 2021).

Normas do sentir que julgam as tristezas e suas formas de manifestação como doentias são reflexo de um contexto denominado por Georges Minois (2003) como uma "Era da derrisão universal", isto é, um período de zombaria, chacota, desprezo e sarcasmo como estratégia para lidar com os enfrentamentos do cotidiano, como a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e a Queda da Bolsa de Valores de Nova Iorque (1929), que resultou em pobreza, fome, desemprego, ódios nacionalistas, entre outras consequências que impactaram nas experiências emocionais ao redor do mundo, inclusive no Brasil e no Estado de São Paulo, naquele momento pelo econômico do país. Diante desses cenários, "[...] o riso é obrigatório, os espíritos tristonhos são postos em quarentena, a festa deve ser permanente" (MINOIS, 2003, p. 391), revelando uma imposição da felicidade como estratégia para sobreviver às adversidades e seguir rumo à civilidade e modernidade, contrárias às relações medievais, consideradas melancólicas e decadentes.

Além dos comportamentos e sentimentos anunciados na forma simples da melancolia, o manual de Pacheco e Silva destaca sintomas físicos, supostamente descritos pelos pacientes e registrado pelo médico. Há referências às sensações de

“pressão no crânio”, “cérebro vazio”, “cabeça ôca”, “de ruído no interior do crânio”, “queimadura no couro cabeludo”, mas também de sensações indicadas como desagradáveis nos órgãos, destacadamente na garganta e coração. Nessa forma da melancolia, entretanto, não se recomendava internação e raros eram os casos de interdição de bens, pois se acreditava que o estado era passageiro e que um tratamento curto, com boa alimentação e qualidade de sono, sanaria.

Os sentimentos físicos, ou sensações, mapeados no material permitiram reflexões acerca do desgaste emocional manifestado nos gestos, físico e comportamento dos diagnosticados de melancolia simples. A associação estabelecida entre melancolia e inércia também indicam sentimentos de vazio existencial e emocional entre os “melancólicos”, referindo-se às sensações de cabeça oca ou cérebro vazio descritas. O isolamento e o silêncio autoimposto em momentos de contemplação também podem estar interligados à sensação de cérebro vazio, dado que o contexto social da pauliceia implicava movimento, barulho, agitação, como aponta Nicolau Sevchenko (1992). As sensações físicas apresentadas são ilustradas no compêndio como indicativos de descontrole e anormalidade emocional, revelando uma patologização e psiquiatrização das tristezas, dos sofrimentos e das angústias.

Manifestações públicas exacerbadas das emoções foram interpretadas como algo bárbaro, um comportamento das classes mais pobres. Dessa forma, o silenciamento por meio do autocontrole é imposto como norma do novo viver, baseada, sobretudo, nos valores das elites (COURTINE; HAROCHE, 2016; CORBIN, 2021). Entretanto, como apontado por Jurandir Freire Costa (1979), ao analisar os impactos das ordens e normas médicas na vida pública e privada no Brasil, a repressão dos sentimentos promove, por sua vez, um intenso sofrimento psíquico, permitindo supor que seus reflexos nos corpos como sensações de “nó na garganta” e dores no coração poderiam resultar do não extravasamento das tristezas e sofrimentos exprimidos, intensificando estados emocionais e o sentimento melancólico.

Na melancolia em sua forma delirante, além dos sintomas expostos na forma simples, foram acrescentados outros que enfatizam o agravamento do quadro, como a tristeza profunda e movimentos lentos, pois o diagnosticado se mostrava indeciso, apático, “[...] mergulhado muitas vezes em estado de estupor” (PACHECO E SILVA,

1951, p. 335). Os sentimentos de ruína física, moral e mental, de perda da capacidade intelectual, figuram a sintomatologia e apontam à atenção das emoções sobre o corpo, mental e emocional. Segundo a descrição nosológica, os diagnosticados comumente acreditavam jamais poder retomar à vida anterior, destinados à condenação e inatividade. As passagens do tópico desvelam valores acerca da produtividade constante na sociedade paulista, descrita pela historiografia como uma sociedade do trabalho (SEVCENKO, 1992; MOTA, 2005; BERCITO, 2011). Partindo disto, considerou-se que a inatividade, os movimentos lentos que contemplavam esta forma de melancolia, caminhavam na contramão da agitação e produtividade promovida como saúde nos discursos médicos à vida urbana na capital paulista, reiterando os perigos da tristeza sobre as experiências emocionais e a vida pública.

Nesse estágio, é destacado nas descrições dos sintomas que o diagnosticado sentia-se desprezível e indigno, fazendo sofrer a família e amigos, acusava-se e culpava-se, julgava ser merecedor de todo o sofrimento que vivenciava e que deveria sofrer mais. Franco da Rocha (1904) ao tratar essa experiência sensível, caracterizou a emoção como um “estado doloroso dos sentimentos”, o qual poderia resultar em assassinatos e suicídios. Além da grande expressividade emocional, também menciona a “anesthesia psychica dolorosa”, isto é, a perda do “tom sentimental das ideias”, algo traduzido como a falta de prazer, de dor ou amor, uma apatia intensa. Um exemplo apresentado pelo médico foi através do relato de uma paciente que descreveu: “Tenho inveja dos outros [...], porque riem e têm prazer, e eu não sei como se possa rir. Si minha mãe morrer agora [...], não sinto a menor dor [...], eu que a adoro... Mas então por que mudou tudo no mundo para mim? Como é que tudo está parado... exquisito... inexplicável [...].” (1904, p. 223). Outro exemplo destacado refere-se à um diálogo com um paciente diagnosticado com essa forma de melancolia, que questiona: “Explique-me; como é que eu existo e não existo mais? Meu coração parou inteiramente... veja! Como é que se morre, se extingue, e se continua a viver?!” (1904, p. 223-224). No documento, o médico diagnosticou as experiências como um “tom sentimental negativo intenso”, o que desvela uma patologização da vivência sensível triste, descartando influências do meio social, do cotidiano, da singularidade do indivíduo sobre suas emoções, que poderiam ter gerado tristezas e sensações de indeferença e apatia.

No manual de Pacheco e Silva, delírios são descritos comuns nas manifestações da segunda categoria de melancolia, tais quais os apresentados nos supostos relatos transcritos dos pacientes de Franco da Rocha. Os delírios são anunciados como “alucinações polimorfos”, fazendo menção às percepções dissociadas do real sob aspectos variados. Nessa forma, os pacientes “[...] ouvem vozes que injuriam, acusam e ameaçam; sentem o odor de carne em putrefação; afirmam que os órgãos estão em vias de decomposição, que o sangue se coagulou nas veias, que o intestino está paralisado” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 335), ou que o coração parou, que está morto, mas vivendo. Sensações físicas e sentimentos caracterizados como delírios possibilitaram a hipótese sobre as experiências que emergem de um estado de grande sofrimento e tristeza, implicando pensamentos de autoacusações, ameaças e injúrias que a pessoa desfere a si mesma, pois conflitos emocionais são manifestados no físico como apontam estudiosos, podendo gerar dores e outras sensações desagradáveis no corpo, como a constipação, dores no coração e sentimento de morte (SANTOS; PEREIRA; MARTINS, 2017), caracterizando as sensações descritas no compêndio sobre o mau funcionamento dos órgãos, por exemplo, diagnosticada como delírios à época.

Entre as descrições das formas da melancolia, a “delirante” é a mais curta em texto, porém revela a intensidade do sofrimento e da dor física e emocional. Como sugere a sistematização da psicose maníaco-depressiva exposta no compêndio, sentimentos de desespero, de insuficiência e o sofrimento causado para si e para os outros eram intensificados entre os diagnosticados, podendo causar distorções na compreensão da realidade vivida (PACHECO E SILVA, 1951). Diante do relatado, foi possível supor que a repressão e silenciamento das emoções e das experiências frustradas do cotidiano poderiam fabricar as autoacusações e culpas, exemplificadas e traduzidas como delírios, pois diagnosticadas como descontroles ou sem justificativas aparentes sob as lentes dos médicos, que patologizavam tais experiências sensíveis.

A forma “ansiosa” da melancolia, é apresentada como a mais grave. Nela, oposto à lentidão das outras duas formas de melancolias, observou-se a manifestação de forte angústia revelada em instabilidade psicomotora e inquietude, fazendo com que o paciente não ficasse sentado ou deitado, mas andando de um lado para o outro “[...] contorcendo as mãos, arrancando os cabelos, beliscando-se,

contundindo-se, num estado de desesperação inenarrável” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 336). Como descrito no texto, o suicídio aparece nesta forma como um refúgio para as dores e angústias elevadas, promovendo maior atenção ao quadro quando manifestado e diagnosticado.

A historiografia aponta que a relação melancolia-suicídio é enfatizada em diversas produções literárias, filosóficas, artísticas e religiosas que atravessam temporalidades, impactando na fabricação de emoções sobre o entristecer e o desejo de dar cabo à própria vida nas sociedades, sendo mais ou menos tolerados conforme os valores religiosos, morais, éticos e emocionais (SILVA MELEIRO, 2003; MINOIS, 2018). No século XIX e XX, o suicídio despertou interesse entre a comunidade científica em consequência dos projetos de reorganização social em busca da identidade brasileira, das ações higiênicas e sanitárias nos espaços urbanos e das campanhas eugenistas que impactaram o corpo, a mente e os sentimentos das pessoas (LOPES, 1998; 2011; CRISTIANO, 2022).

Sob tal perspectiva, foi possível verificar que, no contexto paulistano, profissionais da saúde buscaram compreender como o entristecer e o desejo de dar cabo à própria vida afetariam a ordem social desejada e considerada saudável, pois definidos como sentimentos negativos para a comunidade. O suicídio, assim como a tristeza, passou a ser diagnosticado como doentio e aqueles que o praticavam eram denominados melancólicos, perversos e imorais. Os psiquiatras então definiram diversas estratégias de identificação e mapeamento desses perigos, tais como a análise comportamental e fisionômica dos pacientes.

Estudos médicos sobre os perfis de sentimentos doentios implicaram o mapeamento das fisionomias definidas como normais e patológicas (COURTINE; HAROCHE, 2016). Diante disso, pôde ser observado no capítulo sobre a psicose maníaco-depressiva no manual de Pacheco e Silva (1951), um quadro constituído de cinco fotografias para exemplificar as expressões fisionômicas de pacientes diagnosticados com melancolia. O uso de fotografias serviu para apresentar didaticamente, baseado nos pressupostos biotipológicos vigentes nas práticas médicas, os tipos físicos considerados doentios e, a partir deles, as manifestações emocionais que figuravam possíveis quadros nosológicos.

A emergência biotipológica em ascensão durante os anos 30, isto é, “a classificação e diferenciação de aspectos morfológicos, fisiológicos e psicológicos

dos corpos” (VIMIEIRO GOMES, 2012, p. 717), foi identificada nas proposituras e nos diagnósticos médicos do compêndio analisado, isto é, a determinação de corpos perigosos, propensos ao crime ou aos estigmas degenerativos, baseados na teoria de Benedict Morel (1809-1873) e preceitos eugenistas e organicistas. Constituídas de discursos, as imagem fotográficas apresentam linguagens próprias que comunicam sentimentos, exemplarmente analisado no caso do quadro “Expressão fisionômica de cinco doentes atacados de melancolia”. Ainda que possivelmente posados, caracterizam a construção narrativa e discursiva médica que patologizava tristezas.

Figura 7 – “Expressão Fisionômica de Cinco Doentes Atacados de Melancolia”



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951, p. 334)

O quadro fotográfico é composto pelas fotografias de número 22, 23, 24, 25 e 26, dentre as 66 publicadas no manual *Psiquiatria Clínica e Forense*. As fotografias possuem fundo liso, com um formato semelhante às 3x4, permitindo considerar que eram anexadas aos prontuários médicos. Revelam expressões fisionômicas dos considerados “atacados de melancolia”, o olhar triste, cabisbaixo e marcado pelas linhas ao lado dos olhos e traço das sobrancelhas, os cabelos e vestes desalinhados, lábios caídos, isto é, as manifestações externas do sentimento de tristeza na cultura ocidental.

Courtine e Haroche (2016) elucidam a construção de normas sobre os sentimentos que atravessam as fisionomias, visto que as expressões faciais são uma forma de linguagem, comunicam desejos, anseios, amores, ódios e tristezas, sendo assim, sentimentos. Os autores reiteram que diversos documentos médicos, manuais de civilidade e conversação reforçavam que o rosto estava no centro das percepções sobre si mesmo, bem como das sensibilidades do outro, revelando o lugar dos sentimentos nas relações sociais e idealizações de organização das sociedades, ou comunidades emocionais, ao longo dos séculos. Com os projetos de normatização da vida urbana que surgiram no Brasil, sobretudo nos grandes centros urbanos como São Paulo, onde a medicina era amplamente difundida, os pressupostos de higiene e eugenia incidiram sobre as sensibilidades e suas manifestações no físico, como é possível afirmar por intermédio da análise do quadro fotográfico.

Nesse bojo, como permitiram supor estudos de referência, os discursos médico-legais foram responsáveis por construir uma norma de civilidade que reverberou nas manifestações das emoções, suscitando a associação das tristezas externalizadas nos comportamentos, gestos e fisionomias como algo doentio (SOUZA CAMPOS, 2003; FERÇA; ALVAREZ, 2011; FAUSTO, 2014). Nesse sentido, a organização de um quadro fotográfico com expressões supostamente melancólicas foi constituído como estratégia de compor um imaginário que reforçou faces e fisionomias que deveriam ser higienizadas pela ação médica. Como consequência das preocupações diante da manifestação de sentimentos melancólicos, foi possível verificar uma variedade de capítulos e casos nos quais a melancolia se fez presente, anunciando semelhanças entre diagnósticos e enfrentamentos em torno deles, visto que seus sintomas semelhantes dificultavam prognósticos.

Nesse âmbito, diante das transformações históricas acerca das emoções nos tempos, espaços e sociedades, foi observado que manifestações de tristezas e emoções derivadas passaram por diferentes concepções no cenário delimitado, de modo que, teorias psiquiátricas e psicanalíticas buscaram definir e diagnosticar emoções entendidas como nocivas, resultando em maneiras diversas de nomear os humores tristes, que permeiam até a atualidade (MOREIRA, 2002; PERES, 2010; CORDÁS; EMILIO, 2017). O mapeamento desenvolvido sobre o compêndio de Pacheco e Silva revelou essa dificuldade, pois os termos “tristezas mórbidas”,

“melancolia”, “depressão melancólica” e “psicose maníaco-depressiva” aparecem em um mesmo contexto para designar o mesmo quadro. As palavras “depressão” e “deprimido” podem ser encontradas em situações sobre um estado no qual o paciente se encontrava acamado, independente do diagnóstico, em outras, as podem estar associadas ao estado melancólico e às tristezas. Ainda que o uso mais comum tenha sido psicose maníaco-depressiva ao longo das primeiras décadas do século XX, a ausência de uma nomenclatura única recai sobre os problemas nos diagnósticos, causando confusões, exemplarmente com formas da esquizofrenia, demência senil, demência precoce e paralisia geral.

No capítulo “Psicoses de Involução. Senilidade”, outra classificação de melancolia foi mapeada. As consideradas psicoses de involução eram diagnosticadas entre pessoas acima dos 60 anos e, dentre as descrições nosológicas de demência senil e presbiofrenia, foi identificado o tópico “Melancolia pré-senil”. Os sintomas principais eram: “[...] ansiedade, angústia, panfobias, perda da energia e da capacidade pragmática. Há formas mitigadas, nas quais não se notam distúrbios sensoriais, como há outras com fenômenos delirantes, com idéias de pecado e de auto-acusação.” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 348). A sensação de que a vida está no fim, de não ter alcançado o sucesso profissional, financeiro, social ou familiar, a solidão, falta de energia e disposição, são exemplos de experiências sensíveis que, psiquiatrizadas, podem ter contribuído para a construção de diagnósticos de pessoas idosas, associados como delírios destacados no tópico “Delírio de ruína pré-senil”.

Baseado nos escritos de Kraepelin, Pacheco e Silva, afirmou que, a melancolia pré-senil, enquanto “modalidade clínica da senilidade” era “[...] constituída por idéias delirantes de ruína, idéias depressivas, agitação e angústia. O doente cai em profunda depressão, permanecendo taciturno, triste, desconfiado, sombrio e com receio de se encontrar arruinado física, mental e economicamente.” (1951, p. 348). Neste âmbito, a história dos sentimentos e a historiografia de São Paulo indicam que ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, sistemas de sentimentos projetados por intermédio do discurso médico, definiram formas de sentir corretas e não corretas,

saudáveis e não saudáveis para todas as faixas etárias ³² (COSTA, 1976; MOTA, 2005; ROSENWEIN, 2011), mirando em um ideal de futuro, saúde e felicidade, mas que suscitou em exclusão e marginalização, bem como na disseminação de preconceitos contra diversos grupos, inclusive idosos, justificando a disposição de capítulo no compêndio que focalizou experiências sensíveis vivenciadas por pessoas com mais de 60 anos, patologizando-as e psiquiatrizando-as.

Pacheco e Silva defendeu em seu compêndio que as afetividades em "doenças mentais" poderiam ser diminuídas ou em grande quantidade, em exaltação ou perversão. No tópico "Afetividade e seus distúrbios" do capítulo "Semiologia da Afetividade", foi observado que manifestações afetivas eram elementos de observação em exames para a construção da anamnese psiquiátrica, pois indicavam psicopatias ou psicoses. Partindo deste ponto de vista, no que concerne às tristezas, verificou-se a associação do estado melancólico com concepções sobre as afetividades que constituíam o ideal de saúde e saúde emocional. No referido capítulo, a tristeza é enfatizada no tópico "Tristeza mórbia", no qual são destacados traços melancólicos na personalidade e afetividade, devido seu estado diagnosticado como doentio. Afirma-se, portanto que:

[...] certos doentes caem em profundo acabrunhamento, permanecendo tristes e deprimidos, mas se mostrando relativamente conformados com a sua dor moral. São os acometidos pela tristeza passiva. Outros, porém, já não revelam igual resignação e dão demonstrações de angústia e ansiedade intensas. São os atacados pela tristeza ativa, que os leva, por vezes, até ao suicídio. (PACHECO E SILVA, 1951, p. 50)

O excerto permitiu refletir como as tristezas eram lidas sob a lente da psiquiatria, pois anuncia preocupações dos profissionais com sua manifestação na vida pública e privada dos cidadãos na pauliceia, sobretudo em externalizações mais intensas, pois a capital paulista idealizada pelas elites seria referência de

³² A aplicação do método de Análise de Conteúdo sobre o *corpus* documental não revelou nenhuma menção direta sobre manifestações de melancolias ou tristezas entre crianças. A maioria dos tópicos que abordam a infância e adolescência estão voltados às temáticas das "delinquências", desobediência e as "doenças mentais" presentes nessa fase da vida. A ausência de referência à melancolia, ou de qualquer outro sentimento na infância, pode ser um indicativo da compreensão sobre as crianças como seres que deveriam somente obedecer seus responsáveis e demonstrar bom desempenho ao longo de sua educação básica, não como seres humanos que possuíam emoções específicas a partir de suas vivências singulares, ainda que, indiretamente, manifestações emocionais pudessem ser entendidas como indicativos de anormalidade nessa fase da vida, como revela o documento.

modernização e de oportunidades, sublinhando a valorização do riso, da alegria e felicidade, como elucidado por André Mota (2005). A felicidade tornou-se uma obrigação na sociedade ocidental, conseqüentemente gerando intolerâncias diante de externalizações de tristezas e sofrimentos, em um contexto de valorização de ideais de embelezamento urbano com as tecnologias de saúde e higiene, que reverberaram no sentir (MINOIS, 2003; BRUCKNER, 2014). Corpos tristes e suicidados nas vias públicas da capital em modernização contrariavam os comportamentos e sentimentos idealizados pelo republicanismo revelados como orgulho, progresso e felicidade, os quais deveriam transcender na paulistanidade. Dessa forma, métodos rigorosos foram estabelecidos para diagnosticar e tratar as ameaças que se contrapunham ao idealizado, como critérios utilizados para examinar os "atacados de melancolia" e "suicidas", como descrito no compêndio de Pacheco e Silva (1951).

Os projetos de modernidade e civilidade acabaram por incentivar o viver os sentimentos secretamente, ao passo que foram considerados doentios, vergonhosos e piegas, pois "[...] os soluços dolorosos que não podem ser reprimidos provocam a inquietude - eles são, por vezes, índices de patologias" (VINCENT-BUFFAULT, 1988, p. 14). Dessa forma, a história do sentimento permitiu analisar, por intermédio do manual de Pacheco e Silva (1951), como a psiquiatria operou sobre as emoções tristes, psiquiatrizando-as, bem como outras emoções que atravessaram o contexto social, político e econômico paulistano. O discurso psiquiátrico, embasado em teorias higienistas e eugenistas, nesse contexto, contribuiu para forjar uma norma sobre os sentimentos valorosos e vergonhosos à população, diagnosticando tristezas como anormalidades e doenças.

Alain Corbin (2021), ao propor a multiplicidade das experiências silenciosas, permitiu considerar que as tristezas também são múltiplas. Sendo assim, a análise desenvolvida revelou a existência de tristezas diagnosticadas como leves, normais, resultados da descendência ou característica individual da personalidade, mas também como descontroles, exageros e anormalidade, portanto, doentias e perigosas, justificando, nestas últimas, intervenção médica e aplicação de violentas terapias, pois contrastavam com os padrões emocionais idealizados e indicados como de bem-viver na cidade de São Paulo nos frementes anos 20 e 30 do século XX.

Os ares de mudança e a perspectiva de evolução pela ciência despertaram nas elites políticas e intelectuais sentimentos de superioridade e orgulho, incidindo em promessas de esperanças e felicidade para todos aqueles que habitassem a pauliceia. A medicina, nesse viés, disseminou preceitos eugenistas e higienistas nas mídias, como rádios, jornais e revistas, assim como produções médicas específicas, como teses, monografias, artigos e compêndios, impactando nas experiências sensíveis, fabricando sistemas de sentimento que caracterizariam a identidade da comunidade, definindo como intolerados e repugnantes sentimentos para a vida na metrópole, como as tristezas, transformadas em melancolias.

O manual *Psiquiatria Clínica e Forense* é um exemplo disso, pois Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951) disseminou amplamente o conhecimento sobre os desvios diagnosticados no período, entre esses foram incluídos os sentimentos entendidos como ameaças à alegria incentivada e definida como necessária para estabelecer a harmonia na capital. No entanto, ainda que os discursos e narrativas impusessem o sentimento de felicidade, o sofrimento não desapareceu, ao contrário. A manifestação emocional tornou-se criminalizada e patologizada diante da influência da psiquiatria sobre a vida, a recomendação médica, então se resumia em lidar com “bom humor” até a dor se dissipar, mantendo autocontrole sobre si e sobre os sentimentos.

Como a historiografia sobre São Paulo permitiu supor, a construção de uma sociedade paulista moderna e feliz projetada sob as condutas, hábitos e desejos das elites políticas e intelectuais, baseada em ganhos materiais, dinheiro e consumo, não foi possível para todos aqueles que buscavam na metrópole alcançar o sucesso, sobretudo os grupos mais pobres (SEVCENKO, 1992; MOTA, 2003; 2005; FAUSTO, 2014). Inseridos no campo das patologias, o sofrimento, a dor e, especialmente, a manifestação dos sentimentos tristes passaram a ser criminalizados, não podendo ser livremente vivenciados, o que poderia causar um duplo sofrimento, primeiro pelo sentimento em si e, segundo, por sua repressão, seguindo a lógica de suportar o sofrimento em silêncio.

As elites políticas e intelectuais da metrópole paulista, ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, estimulavam a saúde, juventude, vigor e orgulho emergentes dos sentimentos alinhados ao republicanismo e paulistanidade. Partindo desta perspectiva, experiências sensíveis que revelavam a dor de existir, como

sentimentos de ruína material, física e emocional, desânimo e falta de vontade de viver, causavam repulsa e intolerância, ao passo que eram opostas às diagnosticadas como saudáveis pelas narrativas médicas do período. Dessa forma, a análise dos resultados obtidos por intermédio do mapeamento do manual de Pacheco e Silva, possibilitou inferir que a criminalização e patologização das dores sobre o próprio existir reverberam na perpetuação de preconceitos e tabus que incidiram na medicalização e medicamentação dos sentimentos.

Nesse cenário, a melancolia, a tristeza e o sofrimento não foram excluídos do vocabulário, ao contrário, foram ressignificados pelos psiquiatras, tomando forma de psicose maníaco-depressiva, distúrbios das emoções e afetividade, delírios e outras formas que atribuíram o sentimento à patologia, isto é, manifestações da loucura e da degeneração, segundo os pressupostos médicos que marcaram os anos 20 e 30 do século XX. A sistematização da melancolia no manual *Psiquiatria Clínica e Forense* de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951), revelou o papel do médico e de suas narrativas em relação ao controle das tristezas na sociedade paulista mirando um ideal de comunidade social, como pressuposto por Rosenwein (2011) sobre a formação de comunidades emocionais. As descrições levantadas no documento anunciaram como os sentimentos deveriam ser regulados em todas as instâncias da vida. A partir disso, foi possível observar de que modo a prática médica se instalou na vida na metrópole paulista, capaz de gerar submissão e inspirar não somente uma higiene dos corpos, mas dos espaços mais íntimos da existência, isto é, das emoções, para que não colocassem em risco os ideais de felicidade e de saúde que habitavam os sonhos e interesses das elites para a capital e seu futuro.

2.2 Tristes, loucos e maus: os diagnósticos de Pacheco e Silva

Diante dos projetos de busca por identidade e "raça" brasileira, a tristeza foi acusada de ser um mal que surgiu no Brasil como resultado do processo de colonização português no século XVI, da miscigenação e dos sentimentos de luxúria e ganância, conforme apontado no livro do modernista Paulo Prado (1869-1943), intitulado *Retrato do Brasil: ensaio sobre a tristeza brasileira*. Originalmente publicado em 1928, o livro de Prado reflete o pensamento higienistas e eugenista

das elites paulistas intelectualizadas, conservadoras, xenófobas, racistas e machistas. A obra permitiu identificar concepções acerca das emoções tristes vivenciadas pelos brasileiros nos anos 20, isto é, a caracterização da tristeza como reflexo de "sujidades", referindo-se aos hábitos, comportamentos e experiências sensíveis vivenciadas na época colonial que permaneceram, segundo o autor, na mentalidade da contemporaneidade afetando ideais de prosperidade e felicidade da nação, tornando o país uma "terra de todos os vícios e de todos os crimes." (PRADO, 2012, p. 54). A proposta apresentada por Prado, ao mesmo tempo que revela um pensamento discriminatório sobre culturas e povos, também indica concepções negativas construídas sobre os sentimentos tristes, permitindo inferir acerca das transformações sobre as emoções no período histórico delimitado, perpassado por práticas médicas e o projeto nacional republicano, que definiam a normalidade e anormalidade do sentir.

Em algumas temporalidades, os sentimentos tristes foram retratados como símbolos de genialidade e marcas de personalidade, em outras, foram associados à doença e indício de degeneração, resultado da atuação médica sobre as emoções e as formas de vivenciá-las. A obra de Prado e de Pacheco e Silva desvelam experiências emocionais que atravessaram os anos 20 e 30 do século XX na metrópole paulista, destacadamente as impressões e interpretações das elites acerca delas. Dessa forma, foi possível considerar o impacto das sucessivas transformações históricas na capital de São Paulo nas formas de compreender as emoções, como as tristezas e o desejo de dar cabo à própria vida, em um cenário no qual a felicidade e orgulho paulista eram valorizados e impostos como norma diante de um projeto de modernidade e civilidade.

A civilidade e a modernidade estavam atreladas às formas de condutas e comportamentos, sendo assim, os sentimentos foram inseridos nas pautas médicas considerando que o físico e os gestos manifestam emoções (COURTINE; HAROCHE, 2016). Por esse motivo, os profissionais da saúde buscaram sistematizar e classificar emoções benéficas e nocivas para o desenvolvimento social, forjando normas sobre o sentir, disseminando-as exemplarmente em compêndios médicos. Partindo dessa perspectiva, a análise desenvolvida no manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Pacheco e Silva (1951), permitiu verificar, além da

melancolia como doença e sintoma de outras, sua presença em casos dispostos no material.

Durante o período em questão, a medicina passou por mudanças que implicaram a substituição das práticas médicas de tipo artesanal "[...] por um modelo de medicina tecnológica, em arranjos de base progressivamente tecnicista, com o paulatino empresariamento da assistência médica." (MOTA, 2012, p. 219). Destacadamente durante o governo varguista, as políticas incentivadas sobre a atuação médica projetaram o tratamento e cura do indivíduo e da coletividade, por intermédio das tecnologias que emergiram nas especialidades, dentre elas, os pressupostos eugenistas. É reiterado por André Mota (2012) que a eugenia já estava presente nas produções e práticas médicas nas questões ambientais, restrição de indivíduos, estudos obstétricos e ações dos cirurgiões, objetivando uma reforma que solucionaria os impedimentos para alcançar o aperfeiçoamento racial e a fabricação de novos costumes que transcenderiam à modernidade, símbolos da felicidade para os grupos dirigentes.

A historiografia das emoções permitiu considerar que as práticas eugênicas foram utilizadas pela medicina, para além da padronização do corpo e mente das pessoas, como estratégia para estabelecer normas sobre o sentir, para construir um sistema de sentimentos que definiam emoções benéficas e maléficas, saudáveis e doentias na sociedade brasileira, fabricando uma nova comunidade emocional com seus próprios valores (COURTINE; HAROCHE, 2016; ROSENWEIN, 2011). Em São Paulo, essa proposta surgiu considerando sentimentos de superioridade regional que compunham a paulistanidade, que enfatizava o orgulho, a vaidade, superioridade, ganância e felicidade, mas também o autocontrole das emoções para que não ultrapassassem do estabelecido como normal e saudável.

Como identificado por intermédio do mapeamento sistemático desenvolvido sobre o manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, as manifestações das tristezas foram incluídas entre as pautas apresentadas, alinhadas aos pressupostos eugenistas e higienistas que embasavam a prática médica do autor, mas também de outros médicos do período. A disposição dos casos nos capítulos no decorrer do documento indicou uma estratégia de exemplificação da experiência do psiquiatra na prática do seu saber no que concernia às descrições nosológicas apresentadas na obra. Sendo assim, os casos serviam como demonstrativos de estratégias de

diagnósticos, tratamentos e aplicação de terapias a partir da especificidade de quadros patológicos, sob a pretensão de apontar resultados de pesquisas e das tecnologias científicas empregadas no contexto, em consequência dos diversos investimentos nacionais e internacionais que a área da saúde recebeu, bem como da atuação da psiquiatria na sociedade paulista no período (COSTA, 2007; KOBAYASHI; FARIA; COSTA, 2009; MARINHO, 2013).

Partindo desta perspectiva, os casos mapeados no compêndio sublinham experiências sensíveis marcadas por emoções tristes ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, figurando diagnósticos médicos emitidos em formato de pareceres e relatórios médico-legais. Os textos permitiram verificar concepções e observações negativas na sociedade paulista no que se referenciava às tristezas e sobre aqueles que as vivenciavam, enquadrando-os como insanos e desviantes, contraditórios aos padrões emocionais impostos que forjariam a identidade paulista, a partir da "[...] ilusão de que o Brasil construiria os pilares de uma moderna sociedade, tributária do desenvolvimento." (MOTA, 2018, p. 3). Isto se deu, especialmente, diante do papel econômico, social e cultural imprimido sobre a capital de São Paulo associada à boa vida, saúde, modernidade e felicidade que deveria ser seguida como modelo em outras regiões brasileiras, enquanto as tristezas, passaram a ser diagnosticadas como perigos e empecilhos para a concretização de tais objetivos.

Dessa forma, o estado melancólico foi identificado em casos anexados aos capítulos "Demência Precoce (esquizofrenia)", "Parafrenias - Delírio sistematizado alucinatório crônico", "Psicose maníaco-depressiva", "Psicoses Epilépticas", "Psicoses ditas nevróticas" na seção B, "Neurastenia (psicastenia)" e "Interdição dos Alienados. Loucos de todo o gênero. Curatela. Cessação da Incapacidade". Os sentimentos tristes mapeados possibilitaram reflexões referentes aos impactos das influências médicas sobre as emoções consideradas anormais e nocivas que poderiam pôr a perder a ordem sonhada, idealizada e projetada para São Paulo no início do século XX.

No presente subcapítulo, a análise centralizou-se em 3 pacientes de Pacheco e Silva, oriundos de cidades interioranas do Estado de São Paulo. Os casos foram selecionados na pesquisa tendo em vista que os examinados foram transferidos das cidades que habitavam para a capital paulista, após acontecimentos específicos que os qualificaram à época como insanos, para internação, interdição e tratamento,

enquadrando-se nas categorias de análise delimitadas. Os casos também anunciam a importância dada à capital enquanto referência de saúde e tecnologia, bem como indicam a limitação de acesso à saúde nos interiores, principalmente para os mais pobres, como elucidado pela historiografia (ALMEIDA; DANTES, 2001; SILVA, 2003; MARINHO, 2004; MOTA, 2018).

Anne Vincent-Buffault (1988) reitera que as aceitações e recusas das emoções tristes, por exemplo, mudam no processo histórico, assim como outros sentimentos. Os resultados de pesquisa permitiram supor, então, que a medicina se apropriou das emoções para categorizar pessoas “saudáveis” e “doentes”, visando à saúde da coletividade, resultando em propostas de uniformização dos sentimentos a partir da medicalização e medicamentação. Partindo desta perspectiva, o discurso médico foi decisivo para fabricar emoções toleráveis e intoleráveis, normais ou patológicas, formando um ideal de comunidade emocional a partir de noções sobre a identidade paulistana constituída conforme a vida e emoções burguesas da capital, de modo que aqueles que não se enquadravam no padrão imposto pela ordem médica, poderiam ser inseridos no rol dos “loucos de todo o gênero” (SOUZA CAMPOS, 2021).

O controle dos sentimentos é atravessado pela Psiquiatria e Direito e, como permitiu considerar a historiografia, a relação interdisciplinar destes saberes tornou-se um mecanismo para alcançar os objetivos sociais republicanos projetados na cidade de São Paulo (CARRARA, 1998; FERLA, 2005; FAUSTO, 2014). Manifestações emocionais intoleráveis nas sociedades eram diagnosticadas como descontroles, portanto, sentimentos desviantes que, para a medicina, eram indícios de patologias, alienação mental e, em alguns casos, indicativos de predisposição à criminalidade. Alvos destas concepções, pessoas tristes foram diagnosticadas como possuidoras de temperamento cruel, maldoso e monstruoso, mas também apáticos e anestesiados afetivamente. As tristezas manifestadas nos corpos e comportamentos de homens e mulheres e ilustradas em alguns casos mapeados no compêndio de Pacheco e Silva (1951), foram relacionados a atos delituosos e violentos, como homicídios, infanticídios e fratricídios e os pacientes compreendidos como tristes, loucos e maus.

Localizado no capítulo “Psicoses Epilépticas”, analisou-se o caso 22 intitulado “Epilepsia psíquica. Infanticídios”, que focaliza a internação da paciente nomeada

como "Dona D. I. R.", qualificada como "[...] branca, brasileira, com 29 anos de idade, casada, natural de Patrocínio do Sapucaí" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 398), município localizado no interior de São Paulo. Sua prisão e internação ocorreu após a morte de seus cinco filhos, D., N., M. A., N. e R., de respectivamente, 10, 8, 7, 5 anos e o último, de 5 meses, assassinados por Dona D. I. R. com tiros de revólver pertencente ao marido, em 1929. Sendo de família abastada, casada com importante fazendeiro da cidade em que moravam, após os homicídios, foi encaminhada para a capital de São Paulo e internada no Instituto Paulista ³³ e diagnosticada como "epiléptica", "[...] sujeita a crises de depressão melancólica e a equivalentes psíquicos" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 403).

A narrativa revelou sentimentos tristes na trajetória de Dona D. I. R. enfatizados após a morte de um dos filhos por uma doença não esclarecida no material. Dessa forma, como consta do registro, depois da perda, Dona D. I. R. manifestava-se sempre tristonha e apreensiva, chorava copiosamente e possuía em seu rosto fisionomia de grande angústia (PACHECO E SILVA, 1951), possivelmente devido ao luto e pelo sentimento de não ter conseguido salvar a criança. O caso também permitiu supor, considerando que o filho mais novo da mulher possuía 5 meses de idade, que ela também poderia estar vivenciando um estado de depressão pós-parto ou puerpério, estágios decorrentes de mudanças hormonais e físicas do corpo feminino, que refletem nas emoções. Os indícios apontam às várias situações vivenciadas, que podem ter impactado em seus sentimentos, condicionando à tristeza e sofrimento intenso, destacadamente, o puerpério, a depressão, o luto, o cansaço diante do maternar vivenciados simultaneamente.

No tópico "O caráter dos epilépticos" localizado no capítulo, os sentimentos e comportamentos caracterizados como "sombrios" e taciturnos foram descritos como comuns na personalidades dos diagnosticados de epilepsias à época. O sombrio (ou sombriedade) faz menção às trevas ou tenebrosidade e o uso da palavra é comum para referenciar algo repleto de tristezas e desesperança, demarcando o caráter e sentimento melancólico na epilepsia e a resignificação das emoções no âmbito da

³³ O Instituto Paulista era um complexo hospitalar formado por vários prédios que atendiam diferentes especialidades da medicina. Inaugurado em 2 de outubro de 1910, a instituição foi idealizada por Antônio Cândido de Camargo, e L. F. Baeta Neves, respectivamente Diretor-Presidente e Diretor-Gerente. O edifício destinado às "doenças mentais" possuía 38 quartos e um hotel, que contava com 23 quartos para hospedagem de acompanhantes. De caráter privado, o espaço atendia às elites de São Paulo, mas também do interior do Estado e outras localidades do país.

medicina. Crises melancólicas e estados depressivos foram considerados comuns na epilepsia psíquica. As tentativas de suicídio também apontadas como recorrentes nos quadros, como reforçado no tópico "As auras psíquicas" na afirmação: "antes de surgir a crise convulsiva, o doente cai por vezes em profundo abatimento, um verdadeiro estado melancólico, com idéias de ruína material, física e moral, sendo, não raro, arrastado ao suicídio." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 390). A sintomatologia sublinha a relação doença-sentimento, no caso, entre tristeza, desejo de dar cabo à própria vida e epilepsia, permitindo refletir sobre a patologização e psiquiatrização dos sentimentos tristes externalizados por Dona D. I. R. no processo que a levou à internação no Instituto Paulista.

Os indícios apontam que Dona D. I. R. foi acometida, 8 meses antes de cometer os infanticídios, de pielonefrite, uma doença que teria lhe causado muitas dores, ao mesmo tempo em que cuidava dos filhos e ainda do que estava também adoecido, além de cumprir com afazeres domésticos. Como o caso aponta, a família tinha criados, porém, mesmo essa sendo a realidade da mulher, possivelmente, ela ainda desenvolvia boa parte das atividades domésticas. Dessa forma, mesmo doente, vivendo o final de uma gestação e sentindo muitas dores, a mulher se colocou à disposição da família, sacrificando seu bem-estar e saúde física e mental.

Lucciano Franco de Lira Siqueira (2022), ao tratar o caso de Dona D. I. R. em sua dissertação, aponta que o sentimento de sacrificar-se emerge do conceito idealizado sobre a maternidade no período, atrelada a concepções de que esse seria um meio de alcançar a felicidade verdadeira e autossatisfação, conforme a socialização feminina à época. Neste âmbito, a felicidade feminina estaria baseada na maternidade, no sacrifício pela família, ainda que às custas de seu sofrimento, permitindo supor a construção de ideais acerca dos sentimentos de felicidade e alegria sobre corpos femininos, por intermédio do discurso médico, à constituição da identidade da comunidade emocional idealizada.

A hipótese levantada por Siqueira sobre o caso, apontou que Dona D. I. R. "[...] pode ter desejado ser liberta ou ao menos aliviada de seu pesado fardo e que provavelmente experimentou uma pesada carga moral pelo seu desejo que [...] se deparava com um estranho e contraditório sentimento, o conflito por não mais desempenhar esse papel" (2022, p. 100-101), isto é, o papel de "mulher-esposamãe". Diante disso, dialogando com o pesquisador, foi possível considerar que esses

sentimentos contraditórios e conflituosos sobre o maternar e seu lugar enquanto mulher paulista, podem ter condicionado a paciente a um estado de sofrimento intenso, que a levou cometer o ato contra seus filhos e a ameaça de suicídio, como único meio de alívio das dores e sentimentos tristes que atravessaram sua trajetória como mulher, esposa e mãe e que, inclusive, a fez ponderar o suicídio.

Para a medicina, a mulher era um ser potencialmente louco e marcado de uma natural inferioridade (POLUBRIAGINOF, 2016; TOLEDO, 2019), concepção atravessada também por pressupostos que relacionam a mulher à sensibilidade e a sensibilidade à doença, indicando noções negativas sobre os sentimentos e sobre o corpo feminino, revelando a misoginia presente na prática médica. Considerando o papel dos médicos como organizadores de um ideal social e emocional, que fabricou um sistema de sentimentos caracterizando o "tipo ideal" do homem e da mulher paulistas, é possível supor que os médicos que assistiram Dona D. I. R. tenham associado o crime aos sentimentos manifestados pela paciente, como suas tristezas, resultando no diagnóstico de epilepsia. Por intermédio da narrativa do caso no formato de relatório médico-legal e do proposto por Rosenwein (2011) sobre possibilidades e métodos para uma história das emoções, por meio das comunidades emocionais, também foi possível conjecturar que, além da patologização dos sentimentos na visão dos médicos que examinaram a interna, como resultado da educação moral, cultural e emocional que recebeu Dona D. I. R., enquanto membro das elites paulistas, é possível supor que a paciente tenha considerado suas emoções, tais quais o cansaço, a tristeza, a solidão, o luto e as dores que emergiram do puerpério e maternar como anormais e contraditórias para o corpo feminino, isto é, seu próprio corpo, o que permitiu refletir acerca dos conflitos emocionais vivenciados pela mulher, como também apontados por Siqueira (2022).

A historiografia desvela que, devido à concepção negativa sobre o feminino para a medicina, mulheres que se opunham às imposições sociais fabricadas sob discursos e narrativas médicas, podiam tornar-se alvos da psiquiatria (CUNHA, 1986; POLUBRIAGINOF, 2016; POPPERL, 2019). Nesse sentido, os sentimentos tristes externalizados por Donas D. I. R., possivelmente resultado de conflitos internos e experiências emocionais, tornaram-se marcadores da loucura e anormalidade, tornando-se indicativos de doença, como a epilepsia, motivo pelo qual, como indicado, a paciente teria praticado os infanticídios. O diagnóstico de

Pacheco e Silva, analisado sob a perspectiva teórica da histórica do sentimento, permitiu considerar a fabricação de normas sobre o sentir disseminadas pela prática médica sobre os ideais de padronização da sociedade, conforme projetos republicanos de ordem e progresso intensificados nos anos 20 e 30 do século XX, que forjaram um ideal de comunidade emocional, nesse caso, em relação aos sentimentos femininos.

No cenário histórico em questão, além das mulheres, imigrantes também sofreram com as normas fabricadas pelo discurso médico, que reverberaram sobre o padrão de vida paulista e que implicaram o sentir. Resultado de preconceitos, como afirma Boris Fausto (2014), muitos grupos de imigrantes eram compreendidos como aventureiros fracassados ou fugitivos da justiça de seu país de origem, resultando em impressões e sentimentos de medo, repulsa e desconfiança, ocasionando na criminalização e marginalização de grupos imigrantes. Devido às concepções eugenistas e higienistas, alguns imigrantes, como japoneses, estiveram internados em espaços manicomial com diagnósticos variados sob justificativas embasadas nos pressupostos de hereditariedade e predisposição, devido sua nacionalidade e cultura, traduzidas como questões de “raça” (CARNEIRO, 2012; MOTA, 2012).

No capítulo "Causas das Doenças Mentais" de *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951), 19 tópicos foram destinados a caracterizar possibilidades que condicionavam as pessoas a diagnósticos psiquiátricos. Dentre as apresentadas, o tópico "Raças" apontou ideais referentes à predisposição de algumas etnias e nacionalidades a certas "doenças mentais", como as denominadas psicopatias. Pacheco e Silva, sobre esse tema, afirmou que "[...] o número de psicopatas estrangeiros é muito maior [...] ao de nacionais, o que demonstra a necessidade de se estabelecerem medidas rigorosas, não só visando a seleção racial como a seleção individual dos imigrantes" (1951, p. 35). A relação entre imigração e doenças revela argumentos eugenistas sobre o lugar do imigrante na sociedade brasileira no período, sobretudo em São Paulo, onde se encontrava a maior comunidade de imigrantes, resultado das propagandas e promessas de felicidade e sucesso imprimidas sobre a vida no Estado.

Alvos da Psiquiatria, sentimentos melancólicos e suicidas manifestados por esses grupos também se tornaram indicativos de patologias. Nesse âmbito, os resultados de pesquisa revelaram dois casos que narram, em formato de relatório

médico-legal, as prisões e internações dos imigrantes José Buc. e Kadota M., sob o diagnóstico de esquizofrenia no Hospital do Juquery nos anos 20. Medidas de classificação, medicalização e medicamentação, foram meios aplicados a fim de instaurar a ordem e disciplina urbana e, como consequência, intensificaram-se os discursos preconceituosos contra imigrantes, como japoneses. Enquanto alguns grupos de imigrantes eram considerados, segundo preceitos eugenistas, como “bons” para o processo de branqueamento e fortalecimento da “raça brasileira”, outros eram “maus” e predispostos à criminalidade (MOTA, 2003; CARNEIRO, 2012). Sendo assim, ambos os casos mapeados possibilitaram reflexões acerca da patologização dos sentimentos tristes manifestados pelos pacientes, bem como permitiu observar a xenofobia presentes nos pressupostos psiquiátricos diante dos diagnósticos emitidos.

O caso 7, intitulado "Demência precoce. Fratricídio praticado no chamado período médico-legal" refere-se a um crime cometido em 1924, por um imigrante sírio nomeado como "José Buc.". Qualificado pelo documento como um homem de 32 anos de idade, "[...] solteiro, [...] natural de Ass-Baia (Síria), procedente de Araraquara [...]" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 288), José Buc. foi preso e internado após assassinar de sua irmã, Salma, a golpes de faca, possivelmente por razões relacionadas à honra familiar, ao passo que o homem acreditava que a irmã se relacionava com homens antes do casamento, algo considerado inapropriado e imoral para algumas culturas ocidentais e orientais à época, como permitiram considerar os indícios. Ao tratarem a problemática sobre o termo “legítima defesa da honra”, Bianca Crepaldi Mendes *et al.* afirmam que:

Desde a antiguidade, a honra acompanha o ser humano. Para os homens, a fama ilibada era sinal de confiabilidade, proporcionava-lhes crédito em todas as casas e sua palavra muito traduzia. Para as mulheres, a honra era sinal de virgindade ou de fidelidade ao esposo. A mulher deflorada antes do casamento era tida como desonrada, assim como a mulher que flagrada em adultério poderia ser assassinada junto ao seu amante [...]. Neste caso, esta era a forma do homem limpar sua honra [...] (2007, p. 5)

Os sentimentos de honra familiar emergem de concepções fundamentalmente conservadoras e religiosas sobre a necessidade e responsabilidade (normalmente atribuída a uma figura masculina) de controlar membros da família (esposas ou

irmãs), visando preservar os padrões de vida considerados honrosos pela sociedade ou grupo no qual os indivíduos estão inseridos. Sublinha-se, então, a valorização sobre o sentimento de honra dentro de comunidades emocionais, o valor da honra para a construção do caráter, voltados para ideais de honestidade e respeito. Os indícios apontaram que, visando "limpar sua honra" e a da família das condutas compreendidas como desonrosas da irmã, José Buc. cometeu o fratricídio, hoje enquadrado como feminicídio³⁴. Fugindo após o ato, foi descoberto onze dias depois e preso no município de Itápolis, cerca de 90 quilômetros de Araraquara, onde residia (PACHECO E SILVA, 1951).

Encaminhado para à Delegacia Regional de Araraquara, José Buc. confessou o crime e afirmou ter se esquecido do que havia ocorrido, pois ficou "[...] cego e como louco" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 290), possibilitando a hipótese de que recorreu à "loucura" como estratégia para escapar do julgamento. A estratégia, inicialmente, não deu resultados, pois acabou preso na penitenciária do município. No presídio, como consta no manual, passou a "[...] manifestar sintomas denunciadores de perturbação mental, caracterizados por insônia, recusa de alimentos, crises de agitação, depois das quais apresentava ferimentos e equimoses, [...] contusões essas que foram atribuídas a automutilações" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 290), mas que também poderiam ser tentativas de dar cabo à própria vida, assim como quando "[...] tentou suicidar-se [...] por meio de cordel amarrado ao pescoço." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 293), resultando no encaminhamento do homem para o hospício do Juquery, na capital de São Paulo.

No Juquery, José Buc. foi examinado por Antonio Carlos Pacheco e Silva e João de Monlevade, sendo diagnosticado com demência precoce hebefrênica, ou esquizofrenia, conforme o parecer emitido em 7 de março de 1925, 3 meses depois do paciente ter sido internado na instituição manicomial. Como apresentado no tópico "Dados Antropométricos", as externalizações melancólicas e desejos de suicidar-se permaneceram ao longo de sua internação, de modo que encontrava-se "habitualmente tristonho, cabisbaixo [...] Outras vezes senta-se e fica a olhar para o chão horas inteiras, sem dar fé dos que se acercam da sua pessoa" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 291). Foi possível supor que as tristezas manifestadas pelo

³⁴ Conforme o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940), o feminicídio (incluído pela Lei nº 13.104, de 2015) trata-se do crime de homicídio em consequência de violência doméstica ou familiar, resultado do menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

imigrante sírio na prisão e no hospício foram interpretadas à época, como indício de patologia mental, posto que estados melancólicos ou depressivos, desejos ou tentativas de dar cabo à própria vida eram diagnosticados como doenças e insanidade (LOPES, 1998; SILVA MELEIRO, 2003; MINOIS, 2018), como a esquizofrenia, mas também a epilepsia, exemplarmente desvelada no caso de Dona D. I. R.

As automutilações e tentativas de suicídio narradas no caso indicaram o sentimento de tristeza que atravessou a prisão e internação de José Buc., possivelmente devido à perda de sua liberdade, motivo pelo qual fugiu após cometer o crime. Passagens do caso revelam que o interno relatava não entender o motivo pelo qual estava preso, pedia para sair da cela e chorava por ter seus pedidos negados pelos carcereiros, posteriormente, enfermeiros e médicos (PACHECO E SILVA, 1951). Roosevelt Moises Smeke Cassorla (2017), ao tratar os fatores inconscientes e aspectos socioculturais sobre o suicídio, aponta para os impactos dos elementos externos ao indivíduo como condicionante à morte voluntária, tais elementos são descritos como torturadores, "[...] de modo que o indivíduo preferiu a morte (ou as fantasias que a envolviam) ao sofrimento [...]" (CASSORLA, 2017, p. 49). Diante disso, foi possível supor que José Buc., durante a reclusão, tentou se suicidar objetivando sanar seu sofrimento diante da perda da sua liberdade, bem como recorreu ao ato como estratégia de controlar a si mesmo e sua vida (e morte) então limitadas e restringidas, causando-lhe um sofrimento insuportável.

Barbara H. Rosenwein aponta que o pesquisador que se debruça sobre as comunidades emocionais deve atentar-se ao peso das palavras e frases que retratam emoções a fim de estabelecer suas importâncias do contexto e no grupo analisado, pois "o vocabulário correto não é suficiente. O peso e o significado das palavras deve ser interrogado. Um exame detalhado de uma emoção [...] pode ser conveniente." (ROSENWEIN, 2011, p. 29). Partindo desta perspectiva, o mapeamento na fonte delimitada permitiu analisar como os sentimentos e as palavras que os definem passaram por sucessivas e amplas transformações e ressignificações, isto é, associadas a quadros patológicos e sintomatologias, não mais entendidas como emoções comuns ao corpo humano e a socialização, mas tornados indícios de doenças. Sentimentos de indiferentismo, apatia, perda da iniciativa e inafetividade estiveram presentes dentre as justificativas para o

diagnóstico emitido, como indentificado no tópico “Síntese” anexado ao texto do parecer médico-legal. O destaque para emoções relacionadas ao diagnóstico de esquizofrenia permitiu supor que as sensibilidades manifestadas por José Buc. eram socialmente e culturalmente diagnosticadas como sentimentos desviantes e doentios, que implicam intolerâncias sobre o sentir na comunidade fabricadas sob a ordem e norma médica.

O caso 9 também permitiu analisar de que modo as manifestações de tristezas foram associadas aos condicionantes de crimes, resultando em diagnósticos médicos. Intitulado "Esquizofrenia. Homicídio altruísta", evoca o diagnóstico emitido sobre o imigrante japonês nomeado "Kadota M.", acusado de assassinar toda sua família, constituída de esposa, "T. K.", de idade não revelada, e quatro filhos, "S.", "M.", "J." e "J.", de 16, 14, 11 e 9 anos de idade, em 1926, no município de Penápolis, localizado no interior de São Paulo. O ato se deu após boatos disseminados na vizinhança sobre a possibilidade de divisão das terras onde localizava-se a pequena choupana em que vivia a família e de onde retiravam seu sustento por meio de atividade agrícola. A divisão das terras e a perda de seu terreno incidiria também na certificação que os documentos que garantiam que a família era dona do terreno eram falsos (PACHECO E SILVA, 1951). A situação permitiu a hipótese de que os sentimentos de desilusão, desonra, sofrimento e de perda diante de tudo o que tinham construído ao longo dos anos, desde que chegaram ao Brasil, na condição de imigrantes, pôde ter condicionado o pai aos homicídios considerados "altruístas". O caso tomou proporções midiáticas e, durante vários dias, ocupou as páginas de vários jornais da capital paulista, como *Folha da Manhã*, *Folha da Noite* e *Correio Paulistano*. As manchetes e notícias caracterizaram os crimes como monstruosos e insanos, cometidos por um "pai louco" e "degenerado", desvelando a atribuição de conceitos eugenistas à mídia, mas também permitindo verificar concepções xenófobas que associaram os crimes à nacionalidade de Kadota M.

André Mota (2003), ao abordar a imigração japonesa sob os pressupostos eugenistas vigentes nas políticas e nas práticas de saúde que reverberaram na formação da identidade brasileira no contexto analisado na presente dissertação, aponta que os japoneses ora foram vistos como um grupo étnico benéfico para a “raça brasileira”, ora foram considerados ameaçadores, opostos às normas

disseminadas como saudáveis para a idealização da sociedade brasileira do período. A característica que define japoneses como trabalhadores, foi interpretada, inicialmente, pelo discurso eugenista, como sinônimo de civilização desenvolvida, porém, dadas supostas dificuldades de adaptação à cultura e hábitos comuns à sociedade ocidental e a comunidade brasileira, passaram a ser alvo de preconceitos e desconfianças, “[...] formando um grupo à parte, com sentimentos e ações próprias.” (MOTA, 2003, p. 76). Nesse bojo, os japoneses, mas também chineses, passaram a ser considerados o "perigo amarelo", assim como os negros, resultado do racismo, foram classificados como “perigo negro” e os comunistas como “perigo vermelho”, demarcando os preconceitos e medos sociais construídos no país, que conseqüentemente estigmatizou, violentou, perseguiu e matou pessoas inseridas nestes grupos.

As políticas emergentes do governo ditatorial de Vargas, nomeada de Estado Novo, após o golpe em 1937, movimentaram ações e sentimentos nacionalistas com base no desejo de uniformização da consciência nacional, refletindo nas vidas dos imigrantes que buscavam novas oportunidades no Brasil. Além disso, como destacado por Tomoo Handa (1987), no final dos anos 30, quando iniciada a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), os japoneses imigrantes passaram a ser alvo de suspeita e perseguição, sendo inclusive proibida a entrada desse povo no país em 1941, dadas às posições do Japão no conflito, isto é, a aliança no Eixo, junto com a Alemanha e Itália. Diante desse cenário, "os súditos do eixo passam a ser tratados como inimigos." (HANDA, 1987, p. 629), foram proibidas publicações de revistas e jornais nos idiomas japonês, italiano e alemão, fecharam-se escolas específicas para esses grupos que ensinavam ler e escrever as crianças em seus idiomas de origem, bem como foi proibida a fala destes idiomas, de modo que, aqueles que o fizessem, seriam considerados infratores. Essas ações reforçaram sentimentos preconceituosos e discriminatórios contra esses grupos que ocorriam desde o início dos anos 20, período em que ocorreram a prisão e internação de Kadota M.

Devido às circunstâncias anteriores e posteriores ao crime, Kadota M. foi caracterizado como legalmente irresponsável, pois agiu em consequência de demência precoce, “moléstia mental” destacada no texto do caso (PACHECO E SILVA, 1951). A exposição do caso foi, conforme descrito no compêndio, “digno de

publicidade” por diversos motivos, dentre eles as causas que teriam levado um pai de família, descrito pelo documento como amoroso e atencioso, ao homicídio caracterizado como “altruísta” de sua esposa e filhos. O homicídio altruísta, de acordo com Pacheco e Silva (1951) é o ato em que o “criminoso” visa beneficiar sua vítima, posto a crença de que a morte seria um fim melhor em comparação ao que julga que pode acontecer futuramente. Como afirma o médico, crimes dessa natureza por parte dos “atacados de melancolia” não eram raros, pois o “doente” em estado de ansiedade movimentado por intensa tristeza, se preocupavam com seus próximos e, convencidos de que podem padecer do mesmo sofrimento, acreditavam que a morte seria uma forma de evitar sofrimentos, ato nomeado pela psiquiatria como *raptus* melancólico (PACHECO E SILVA, 1951).

Alana Camoça Gonçalves de Oliveira (2020), em seu artigo sobre a prática do *Seppuku* ou *Harakiri* - forma de suicídio tradicional no feudalismo japonês, cometido normalmente por samurais quando vivenciavam situações compreendidas como desonrosas para si, sua família e comunidade -, indica que a prática ocorria sob a ideia de “morrer com honra”. A honra e a morte com honra, neste aspecto, é um elemento pertencente à cultura, isto é, um fato social símbolo de coragem e honra, características que constituíam valores pertencentes às comunidades emocionais japonesas. A morte, nesta perspectiva, como complementa Heidi Hirano (2015), é um refúgio onde os sentimentos e situações negativas são apagadas e a harmonia perfeita é encontrada. Esse entendimento sobre a morte e o morrer abre algumas possibilidades e suposições sobre os homicídios “altruístas” de Kadota M.

Foi possível supor que, levado por sentimentos de tristeza e desespero em ver sua família passando por um momento desonroso, historicamente considerado um sentimento negativo à cultura japonesa, Kadota M. poderia ter acreditado que a morte de seus entes seria um fim menos sofrido (e honroso) diante da possibilidade de terem sido vítimas de um golpe que os levariam à dificuldades financeiras. O caso anuncia que ao ser confrontado sobre os assassinatos, Kadota M. afirmava que “a família está bem, lá no céu [...]” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 303). O relato permite reflexões acerca da relação sobre a morte à cultura japonesa, interpretada pela medicina paulista como “falta de emoção”, “indiferença” ou violência, como desvelado na descrição das emoções manifestadas pelo paciente no parecer médico.

Focalizando na figura do imigrante, foi identificado no capítulo “Demência Precoce (Esquizofrenia)”, no qual figuram os casos de Kadota M. e de José Buc., atenções dadas ao sentir no que se refere à “desordem afetiva” nas formas de esquizofrenia. A informação reitera como as afeições são descontroladas na sintomatologia do transtorno e como se manifestava nos corpos de indivíduos “predispostos”, enfatizando imigrantes como grupos mais acometidos pela patologia devido uma suposta predisposição (PACHECO E SILVA, 1951), justificando a estratégia de exposição de ambos os casos analisados nesta dissertação no capítulo da obra. Metodologicamente amparados nos ideais eugenistas e higienistas na construção da sintomatologia da demência precoce, os pareceres sublinham a existência de pressupostos preconceituosos racistas e xenófobos na formulação de diagnósticos psiquiátricos à época, que demarcam violências e a morte de diversas pessoas em espaços manicomiais no Brasil.

Nessa perspectiva, Yonissa Marmitt Wadi (2003) propõe uma reflexão sobre como a sociedade no início do século XX lida com o sofrimento, saúde e doença, loucura e lucidez e como esses temas são atravessados pelos discursos e saberes médicos e jurídicos. A partir da perspectiva apresentada pela autora, os casos de Dona D. I. R., José Buc. e Kadota M. desvelam como os sentimentos de tristezas estiveram atrelados aos diagnósticos de epilepsia e esquizofrenia, mas também aos atos delituosos cometidos. Dado às diversas vezes que os sentimentos são enfatizados nas narrativas e indicados como sintomas das patologias diagnosticadas, é possível identificar a psiquiatrização e medicalização das emoções na pauliceia, ao mesmo tempo observar processos e caminhos forjados visando a normatização e padronização do sentir na sociedade, comumente por intermédio de medicamentos e terapias, o que reitera a medicamentação das experiências sensíveis.

O riso e a alegria, disseminados como uma obrigação no em São Paulo no século XX, implicam o estado de infelicidade como anormal e doentio. A infelicidade não era compreendida como um sentimento individual somente, mas como símbolo da desarmonia com a coletividade, a mediocridade e a vulgaridade, o fracasso da felicidade. Os ideais da elite para a sonhada metrópole paulista, no período analisado, indicou a felicidade (não exagerada) como um dever de todos, obrigando “[...] a que tudo seja avaliado pelo ângulo do prazer e contrariedade, intimação à

euforia que expõe à vergonha e ao mal-estar os que não aderirem a ela." (BRUCKNER, 2014, p. 16), ou, como apontaram os indícios históricos, aqueles que não manifestavam ou sentiam as suposta alegrias dos padrões de vida impostos pela ordem médica sobre a vida moderna na pauliceia.

As manifestações sentimentais e de afetividade (e suas ausências), são elementos presentes nos diagnósticos médicos localizados nos casos do compêndio de Pacheco e Silva (1951). Foram observados diversos capítulos de *Psiquiatria Clínica e Forense* que reiteram a relação entre doença e sentimento e o incentivo de práticas de medicalização e medicamentação como estratégia para normatização e uniformização das experiências sensíveis. Dessa forma, os casos de Dona D. I. R., José Buc. e Kadota M. apresentam exemplos de emoções diagnosticadas como desviantes na sociedade paulista do período, associando suas manifestações e consequências como descontroles provocados por loucura, doença e degeneração, como permitiram considerar pesquisadores que trataram de casos ou questões que abrangem a prática da psiquiatria clínica e forense no contexto histórico delimitado (SOUZA CAMPOS, 2003; FERLA, 2005; BASSO, 2014). Sendo assim, as tristezas destacadas como sintomas e condicionantes nos casos analisados, desvelaram noções emergentes da psiquiatria sobre o perigo de suas manifestações nos corpos dos examinados, bem como para o restante da sociedade, pois eram considerados indícios de insanidade, de mau caráter ou maldade, bem como possíveis condicionantes à criminalidade.

Como estratégia para conter emoções exacerbadas, que fugiam do padrão imposto e definido como saudável, tristezas, desesperos, raiva e desejos de morrer perpassaram pelos debates médico-legais, resultando na fabricação de normas que idealizavam um "novo viver", baseado na vida da burguesia, como afirmam historiadores dos sentimentos (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE, 2020; CORBIN, 2021). Como proposto por Barbara H. Rosenwein (2011), a partir da sistematização e definição de sentimentos valorizados/desvalorizados por grupos sociais, se formam comunidades emocionais e, partindo disso, foi possível supor que as elites intelectualizadas, sobretudo os médicos, foram organizadores do sistema de sentimentos que constituiriam a identidade paulista, definindo emoções positivas e negativas para si, diagnosticando a tristeza como sentimento de mal viver e pessoas tristes como perigosas.

2.3 Expressar e calar as tristezas: o sofrimento diante do "novo viver"

Alain Corbin (2021) afirma que no período que demarca a transição do século XIX para o XX, os códigos de etiqueta, as noções de civilidade e "boas maneiras" prezavam a discrição, isto é, o saber expressar e calar emoções, posto que o barulho e a agitação eram considerados traços vulgares das massas, das pessoas pobres. Tais concepções desvelam preconceitos existentes entre os ideais das elites intelectuais. Diante disso, o silenciamento das emoções surge como sinônimo de disciplina, ao passo que o calar tornou-se "[...] símbolo de respeito, de autocontrole e capacidade de dominar seus impulsos." (CORBIN, 2021, p. 105). Sendo assim, as emoções estiveram presentes nos debates psiquiátricos que, por intermédio de seu saber, disseminaram normas acerca das manifestações "positivas" e "negativas" para a vida na metrópole paulista.

Priscilla Mathes Basso (2014), ao abordar a prática da psiquiatria forense como estratégia de medicalização da periculosidade criminal, afirma que a Medicina e o Direito, interdisciplinarmente, se dedicaram a definir aspectos físicos e morais indícios do crime e a loucura. A loucura, como reitera a autora, diz respeito aos comportamentos incontroláveis e descontrolados, isto é, a ausência de controle dos impulsos do considerado normal conforme os valores e padrões comportamentais e emocionais esperados nas comunidades, o oposto ao silêncio incentivado e indicado como saúde e autocontrole. Dialogando com o proposto por Corbin (2021), foi possível conjecturar que emoções interpretadas como negativas, como as tristezas, raiva ou ciúme, mas também alegrias e paixões desmedidas, tornaram-se alvos das práticas médico-legais, pois diagnosticadas como descontroles emocionais, portanto marcadores epidemiológicos.

A educação higiênica foi uma estratégia de regular e normatizar a vida pública e privada, estendendo-se sobre o físico, a moralidade, intelectualidade, sexualidade e emoções, de modo que "[...] a vida privada dos indivíduos foi atrelada ao destino político e uma determinada classe social, a burguesia [...]" (COSTA, 1979, p. 13). O ideal para o "novo viver" tinha como referencial o burguês, isto é, branco, católico, polido e reprimido emocionalmente, pensamento que estimulou preconceitos, marginalização, estigmatização e a criminalização de diversos grupos, sendo assim, a psiquiatrização e patologização de corpos, mentes e sentimentos. Por intermédio

da epistemologia das emoções, considerou-se que o "novo viver" pretendeu a uniformização das sensibilidades por meio dos ideais relacionados aos pressupostos republicanos, capitalistas e liberais, construindo uma "raça" brasileira, embasadas nas teorias eugenistas, organicistas e biodeterministas, forjando um ideal de comunidade social, mas também emocional, com seus próprios valores sobre o sentir que reverberaria na identidade do grupo, da coletividade (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016; ROSENWEIN, 2011).

Como permitiram considerar Jean-Jacques Courtine e Claudine Haroche (2016), o corpo é a forma de comunicar emoções, sendo assim, aqueles que manifestassem emoções contraditórias, desviantes do padrão estipulado como saudável, poderiam ser diagnosticados como ameaçadores. Partindo desta perspectiva, o mapeamento desenvolvido sobre o manual *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951) desvelou uma série de tópicos e capítulos nos quais tristezas, sofrimentos e o desejo de dar cabo à própria vida, foram definidos como sentimentos negativos e doentios, portanto intoleráveis à comunidade, posto que o discurso médico reiterava que afetavam todos os âmbitos da vida urbana, política, familiar e econômica.

Destacadas no capítulo "Semiologia da Vontade", as emoções são descritas como condicionantes de ações, desse modo, compreendia-se que "os estados emocionais [...] podem arrastar o indivíduo a realizar certos atos, que se caracterizam pela instantaneidade, pela rapidez e pela irreflexão. A vontade se torna impotente para dominar o impulso suscitado pela emoção." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 52-53). Supôs-se, a partir do exposto, que a ação médica sobre o sentir, regulava e controlava sentimentos para que estes não colocassem em "perigo" os interesses e objetivos das elites, definindo emoções toleradas e intoleradas na comunidade em organização, conforme as normas médicas vigentes.

No referido capítulo, as melancolias e os estados emocionais relacionados, exemplarmente a perda de vontade de fazer atividades ou cumprir obrigações comuns do cotidiano, sobretudo as que despertavam prazer, foram identificados no tópico "Diminuição da vontade. Abulias e hipobulias", visto que o estado de abulia é referido como sintoma das formas melancólicas identificadas mais especificamente nos quadros de psicose maníaco-depressiva. A historiografia reitera que, no início do século XX, a sociedade paulista era entendida como uma sociedade do trabalho e a

capital, uma cidade de serviços (LUCA, 1999; MOTA, 2005), sendo assim, corpos que não trabalhavam, que não produziam lucro, ou seja, compreendidos pelo discurso médico como inertes e ociosos, eram diagnosticados como doentes.

A ação médica psiquiátrica agiu sobre todas as instâncias da vida urbana, visando regular, por intermédio da medicalização e medicamentação, o viver e o sentir. Nessa perspectiva, Sonia de Deus Rodrigues Bercito afirma que "a medicina do trabalho [...] tinha ação dupla: de um lado, criava condições para o aumento do rendimento do homem-máquina e, de outro, buscava corrigir os efeitos do trabalho sobre seu corpo." (2011, p. 383). Dessa forma, os resultados de pesquisa apontam que os sentimentos dos operários e seus patrões importavam para a psiquiatria, posto que eram determinantes à produção do lucro e a elevação econômica do Estado, discursivamente apregoado como a locomotiva do país, símbolo da modernidade e civilidade. Por intermédio dos valores disseminados na comunidade paulistana, observou-se como as tristezas eram diagnosticadas como impedimentos emocionais às atividades laborais, portanto, desvios da constituição emocional proposta para a paulistanidade, de modo que a inércia e a falta de desejo de sair de casa eram intoleráveis à vida fremente da metrópole, do movimento, barulho e, principalmente, do trabalho.

No capítulo "As constituições em patologia mental", que evoca concepções sobre as tendências ou hereditariedade, morfológicas, fisiológicas e psicológicas para "doenças mentais", as emoções são destacadas às constituições "hiperemotivas". Neste tópico, Pacheco e Silva sublinha a tristeza, mas também a ansiedade, cólera e alegria como emoções principais constituintes da hiperemotividade. A partir disso, afirma que "determinadas pessoas têm verdadeira aptidão para experimentar emoções violentas. Quando a intensidade da reação emotiva ultrapassa os limites da média geral, tem lugar a constituição hiperemotiva." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 102). O excerto permitiu conjecturas acerca das atenções médicas diante das manifestações de sentimentos exacerbados, considerados violentos e imorais. O termo "hiperemotivo" surge como marcador da anormalidade e da doença e, atualmente, pode ser utilizado como forma pejorativa para se referir a alguém que se emociona facilmente, considerado emocionalmente "descontrolado", sublinhando as interpretações permanentemente negativas e intolerantes acerca das sensibilidades manifestadas publicamente. Ato de violência

supostamente causada pela “hipermotividade”, enfatizando tristezas, como identificados nos casos de Dona D. I. R., José Buc. e Kadota M., resultaram na intervenção médica que, embasadas no discurso científico da época, se autodeclarava como a única e capaz de sanar o "mal", controlar a loucura e a criminalidade (FERLA, 2005; FAUSTO, 2014; BASSO, 2014).

Como indicado no tópico, as tristezas eram verificáveis nos sinais físicos, palpitações, "tremores emotivos sob os seus múltiplos aspectos", "inibições passageiras", "desequilíbrios térmicos", sensações físicas de calor ou frio e os "desequilíbrios glandulares" manifestados como "variações espontâneas e provocadas por choques emotivos, das secreções sudoral, lacrimal, gastrointestinal, urinária, genital, biliar." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 103). Diante da passagem que evidencia descrições sobre os sinais físicos de tristezas, foi possível analisar que a perda da "inibição", ou seja, a perda da vergonha, ou pudor "momentâneo", foi associada como manifestação emocional vergonhosa e, portanto, patológica, revelando imposições de autocontrole sobre as experiências sensíveis na comunidade. Possivelmente reveladas em lágrimas, sudores ou desejos de manter-se distante, em silêncio ou reclusão, foram diagnosticadas desviantes do padrão estipulado como normal, portanto, patologizadas pelo discurso médico, provocando intolerâncias sobre o sentir suas externalizações.

A característica “hiperemotiva” despertou o interesse e atenção da medicina, visto supostas relações à prática do suicídio ou o desejo de dar cabo à própria vida. A temática do suicídio e sua aproximação com experiências emocionais tristes são retomadas no ítem "Constituição perversa". Dentre os sentimentos entendidos como anormais e perversos, foi identificado o *taedium vitae*, remetendo-se a um estado de grande desgosto e vazio, ou um "tédio da vida", que concerne, nas palavras do médico, a "[...] uma verdadeira melancolia lúcida, o *spleen*, que leva o indivíduo a descreer de tudo e não raro ao suicídio." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 106).

Historicamente, como afirmado por Elisabeth Roudinesco (2008), os “perversos” foram caracterizados na literatura, arte, poesia e outras narrativas, como a médica, como criaturas malditas, “[...] metade homens, metade animais [...]” (2008, p. 8). As noções sobre o caráter perverso estão interligadas aos sentimentos, ações e gestos que se contrapõem aos padrões estipulados comumente pelas classes dominantes e, portanto, definidos como anormais pela medicina, destacadamente a

partir do século XIX. O suicídio e ideações suicidas, como revelado por estudiosos da temática, foram tornaram-se indícios de patologias, emergentes de sentimentos perversos e imorais (LOPES, 1998; 2011; MINOIS, 2018). A análise do manual de Pacheco e Silva desvelou o impacto da atuação médica sobre o suicídio em São Paulo no período analisado nesta dissertação, ao mesmo tempo, evidencia, diante das passagens sobre as emoções tristes, a fabricação de normas sobre o sentir que classificam o normal e o patológico que, dialogando com projetos de um futuro ideal brasileiro, forjaria uma identidade emocional saudável que prezaria pela vida e alegria à frente de um cenário de civilização e modernidade, ao passo que o desejo de se matar e o entristecimento, eram sinônimos de selvageria e doença.

Dentre os casos mapeados no compêndio, o vigésimo terceiro, anexado ao capítulo "Psicoses ditas nevróticas", seção b, "Neurastenia (psicastenia)", apresentou o diagnóstico de "E.", qualificado como "[...] inglês, nascido no Brasil [...], solteiro, de 73 anos de idade, capitalista [...]" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 416). O caso intitulado "Neurastenia. Depressão psíquica. Parecer contrário à interdição.", destacou a manifestação do *taedium vitae*, como sintoma do quadro patológico do examinado em consequência da ascendência inglesa, considerada "[...] uma raça em que o *spleen* é fenômeno tão frequente" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 418). Dessa forma, nas palavras do médico:

O *spleen* é um pessimismo que toca às raias da hipocondria. Pessimismo e misantropia são fenômenos que se conjugam; pertencem a um grupo de fenômenos nevropáticos, limítrofes entre o estado normal e o estado mórbido; é o grupo as psiconevroses. Neurastenia, constituição emotiva, debilidade nervosa, nervosismo, etc., são denominações que se originam da sede das manifestações nevróticas. (1951, p. 418)

Derivado do inglês, o *spleen* remete-se a “baço”, referenciando-se à melancolia no pensamento hipocrático-galeno, visto que para Hipócrates, o baço era responsável pela fabricação da bile negra, fluido associado ao humor melancólico, que em grande quantidade, intoxicaria o cérebro, provocando grande tristeza e não raro, o desejo de dar cabo à própria vida (SCLIAR, 2003; CORDÁS; EMILIO, 2017). A palavra faz alusão, até a contemporaneidade, à melancolia, implicando a literatura e poesia, como no livro intitulado *O Spleen de Paris: pequenos poemas em prosa*, de

Charles Baudelaire (1821-1867), no qual o termo é associado a um estado reflexivo e poético de aspecto melancólico e sombrio.

Os historiadores dos sentimentos reiteram que entre Renascença e meados do século XVIII, o *spleen* era um sentimento nobre, valorizado, que exaltava a pessoa, especialmente quando manifestada por escritores, pensadores e artistas, isto é, intelectuais, destacando-os socialmente (VINCENT-BUFFAULT, 1988; CORBIN, 2021). Um exemplo dessa compreensão pôde ser verificada em nota de rodapé no manual de Franco da Rocha (1904), na qual justifica a substituição do conceito "melancolia" por "lipemania" proposto por Esquirol, dado que o psiquiatra afirmava que a palavra fazia alusão ao sentimento "comum" aos poetas e artistas, portanto para referir-se ao estado doentio o conceito "lipemania" era, então, mais adequado.

Diante disso, verificou-se formas variadas de explicar os sentimentos através dos tempos e espaços, mas também, como as sucessivas transformações reverberaram nas maneiras de sentir emoções, de significá-las e ressignificá-las a partir dos interesses dos grupos dominantes em comunidades, que podem valorizar ou não uma emoção conforme a cultura, religião, valores morais e principalmente intenções na organização social. Diante desta perspectiva, o caso de E. permitiu analisar diferentes concepções sobre os sentimento, bem como a influência da prática médica que os diagnostica como normais ou patológicos, definindo os corpos que podem ou não vivenciar certos sentimentos, conforme os debates sobre emoções explicitados no capítulo referente às constituições em patologia mental.

O estado emocional caracterizado como uma "melancolia lúcida" foi desvelado no caso quando apontado que o paciente manifestava misantropia, desleixo diante da administração dos negócios e investimentos da família, bem como o desejo de manter-se isolado, solteiro e sem filhos. A não formação familiar e o isolamento eram ações consideradas subversivas às normas para a saúde, bem como à felicidade das pessoas, como elucidada Jurandir Freire Costa (1979). Nesse sentido, supôs-se que as decisões do paciente possa ter sugerido à família e aos médicos, que este vivia em uma melancolia autoimposta, nomeadamente "lúcida" pela narrativa. Conforme o relato, as emoções e comportamentos melancólicos e pessimistas de E. foram interpretados pela família como anormais, definindo-o como "esquisitão" (PACHECO E SILVA, 1951).

Não são explicitadas quais características compunham o adjetivo “esquisitão” utilizado pela família para traduzir o comportamento e as emoções de E.. Porém, a palavra "esquisito" diz respeito a algo, ou alguém, anormal, fora do comum, isto é, não se encontra alinhado ao padrão. O adjetivo com sufixo “ão” intensificou seu significado, remetendo-se a algo muito fora do padrão, enfatizando a intolerância diante das sensibilidades manifestadas. Ainda que o texto do caso não tenha evidenciado aspectos do comportamento e emoções compreendidas como esquisitas pela família, possibilitou refletir, por intermédio dos pressupostos teóricos da história do sentimento, de que modo concepções emergentes no contexto histórico, diante de experiências sensíveis toleradas/intoleradas na comunidade paulistana fabricada pelos discursos médicos, forjaram preconceitos, intolerâncias sobre o outro, mas também sofrimentos em relação a si, pois as emoções deveriam ser vivenciadas de modo reprimido e contido, ao mesmo tempo que as pessoas deveriam seguir à risca um “roteiro” pré-estabelecido sobre suas vidas e sentimentos. Essas normas, como elucidam estudos de referência, poderiam gerar, entre homens e mulheres, intensos abalos emocionais e psicológicos, possivelmente sendo um agravante nas experiências melancólicas, que levavam ao suicídio.

O diagnóstico emitido sobre o paciente não o enquadra no rol dos "loucos de todo o gênero" ou como perverso, provavelmente devido às noções de hereditariedade e "raça", ao passo que sua ascendência inglesa, compreendida como biologicamente benéfica pelos pressupostos eugenistas, foi uma das justificativas para seu comportamento supostamente melancólico sob as lentes dos que o examinaram, portanto, não fugia da normalidade. Entretanto, como os dados mapeados no manual permitiram considerar, diversas outras pessoas, como pretos, alguns grupos de imigrantes e mulheres, eram considerados naturalmente inferiores e propensos a certas doenças. A relação entre sentimentos tristes, doença, loucura e perversidade, puderam ser identificados nos casos de Dona D. I. R., José Buc. e Kadota M., que tiveram suas emoções atreladas à epilepsia e esquizofrenia, interpretadas como condicionantes aos delitos que cometeram, passando a ser pessoas lidas como tristes, loucas e más.

A imposição do sentimento familiar, por intermédio da constituição da família nos moldes tradicionais, o autocontrole de si e o incentivo à emoções "positivas" sobre o mundo, mas também a intolerância sobre as tristezas, pessimismos,

isolamento e o tédio, constituíam, dentre outros aspectos, um ideal de comunidade emocional que constituiria a identidade paulistana. As normas disseminadas atravessam a prática psiquiátrica que analisava e diagnosticava a vida privada e pública das pessoas a fim de identificar os traços da anormalidade, como foi possível identificar no caso do paciente "E.", no qual as emoções tristes, pessimistas e de tédio foram constantemente apontadas como justificativa para o quadro neurastênico diagnosticado, mas sem os atavismos da loucura e degeneração, revelados em outros casos.

Como descrito no capítulo "Exame do doente mental", amparados metodologicamente nos preceitos eugenistas, biodeterministas, organicistas e higienistas, o estado doentio da manifestação melancólica era identificada por psiquiatras durante o contato com o examinado, no qual o médico deveria "[...] captar a simpatia do doente, penetrar-lhe o íntimo; devassar-lhe o subconsciente; surpreender distúrbios sensoriais; analisar idéias delirantes; antever propósitos; prever atos mórbidos; assentar o diagnóstico" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 144). Dessa forma, atos, falas, gestos, formas de comportar-se, vestir-se seriam postos sob a lente do psiquiatra, pois, como afirma Joana de Vilhena Novaes, homens e mulheres passaram a ser definidos por sua aparência, de modo que "[...] o corpo readquire uma nova importância como forte agenciador das subjetividades contemporâneas." (2011, p. 477), forjado a partir de definições fabricadas pela medicina como normais ou patológicas para a comunidade, que reiteram concepções emocionais sobre beleza e feiura, despertando sentimentos positivos ou repulsivos. Neste bojo, partindo de concepções que associam o corpo e as emoções, os sentimentos atravessavam todos os elementos examinados, sublinhando a influência do sentir em todos os quadros patológicos considerados à época.

Como sugerem Courtine e Haroche (2016), o controle dos corpos entrecruza as sensibilidades, visto que os segredos da alma são externalizados nos gestos, na fisionomia, nas ações. Sendo assim, se o corpo deveria ser controlado e normatizado em prol dos ideais republicanos de modernidade e civilidade, os sentimentos, funções fisiológicas do cérebro, também deveriam seguir os ditames médicos para o novo viver. Partindo dessa perspectiva, as emoções tristes, o sofrimento, dores da existência, diagnosticadas como anormais, eram analisadas nos corpos através dos exames, desde o primeiro contato entre médico e paciente.

No tópico “A atitude do doente mental”, foi identificado que a melancolia era diagnosticada quando examinados mostravam-se “[...] humildes, dizendo-se indignos da menor atenção, julgando-se sêres desprezíveis que não devem merecer qualquer consideração” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 147). No caso dos descritos “deprimidos”, analisava-se apatia, imobilidade e indiferença, isto é, a oposição à agitação, aos rápidos movimentos que a “sociedade do trabalho” impunha como saudável.

Relacionada às atitudes do examinado, as vestes, as faculdades afetivas, mas também, morais, intelectuais e sexuais, se tornaram elementos dos exames. As exigências com o cuidado com as vestes e estas como indicativos de doenças mentais quando não apresentadas conforme normas comportamentais, são enfatizadas no tópico “O vestuário”. Nas palavras do médico:

O descuido do vestuário, a ausência do asseio corporal, o desalinho das roupas, a excentricidade revelada no trajar, as côres berrantes, os enfeites, os adornos, os distintivos, devem ser objeto de atenção do alienista. Tais elementos podem servir para esclarecimento dos distúrbios apresentados pelos doentes, mormente quando se tratar de psicopatas dissimuladores, que procuram ocultar os seus verdadeiros sentimentos e as suas idéias mórbidas. (1951, p. 146)

É reiterado por Márcia Pinna Raspanti (2011) que preocupações com o vestuário precedem a época delimitada nesta dissertação, visto que desde o período colonial, as vestes são marcadores das classes sociais e das origens das pessoas, podendo valorizá-las ou não socialmente. A moda paulistana no século XX, deveria refletir a paulistanidade, um meio de anunciar poder e superioridade diante do cenário brasileiro, como destacado por Carolina Maia Blois Moucherek (2022). As autoras sublinham que moda também é um meio de manifestação sensível, permitindo a hipótese de que as vestimentas refletiam e permenecem refletindo emoções, sendo assim, a atenção às vestimentas de homens e mulheres nos anos 20 e 30 do século XX, demarca continuidades históricas e impactaram projetos sobre a identidade paulistana, também construída pela sensibilidade, justificando intervenções médicas sobre o vestir e o sentir, ou o sentir no vestir.

Conforme indicações médicas higienizadoras, existiu uma forma considerada bela, correta, normal e saudável de vestir. Ao observar a descrição das melancolias no capítulo “Psicose maníaco-depressiva”, foi identificado o descuido com as vestes

como um dos indicativos da patologia, visto que a pessoa "melancólica", segundo a sintomatologia, dado seu elevado desânimo e tédio com a vida, não cuidava da higiene corporal, utilizando vestes sujas e desalinhas. Tais características foram propositalmente ilustradas no quadro fotográfico "Expressão fisionômica de cinco doentes atacados de melancolia", no qual pacientes aparecem com roupas em desalinho e cabelos desarrumados, além de feições que remetem-se à tristeza, correlacionando-as. Os resultados analisados por intermédio da história do sentimento permitiram supor que, para além das fisionomias, outros elementos que constituíam o físico importavam para os diagnósticos médicos e eram entendidos como reveladores das emoções subversivas para o novo viver, como as vestes mas também o "desleixo" diante da vida e dos negócios ou trabalho, como identificado no caso de "E."

As propostas que construíram normas impostas sobre o novo viver, incidiram nos sentimentos e relações sociais, como os relacionamentos amorosos, casamento e a vida familiar, mirando à reprodução de uma "prole sã" (COSTA, 1979). Essas novas diretrizes podem ter influenciado à leitura dos comportamentos e sentimentos de E. como doentios pela família, posto que o paciente, em ação oposta ao projetado para o novo viver, não casou-se ou teve filhos, passando a ser compreendido como melancólico e neurastênico, pois o caminho da felicidade saudável era por meio do casamento e do sustento do lar, da esposa e dos filhos, além do trabalho e lucro. As infelicidades mapeadas sob essa perspectiva também foram identificadas no caso de Dona D. I. R., ao romper o padrão de mulher, esposa e mãe. Os atos e sentimentos de ambos, destoavam da vida familiar, impostos pela medicina como sinônimo de saúde, felicidade e equilíbrio diante da vida pública e privada.

A historiografia sinaliza que o novo viver, respaldado nos princípios eugenistas, de higiene e hereditariedade, pretendeu criar uma consciência eugênica nos homens e mulheres e, em relação ao namoro e casamento, essa consciência se revelaria no nascimento de um maior número de crianças com os considerados "dotes eugênicos" que contribuiriam para a formação do povo brasileiro (COSTA, 1979; STEFANO; PEREIRA, 2019). Nesse contexto, a educação tornou-se um mecanismo utilizado para disseminar normas e fabricar costumes e sentimentos, pois "uma das principais medidas para a propagação da eugenia no Brasil era a proposta de estar presente no processo educativo." (STEFANO; PEREIRA, 2019, p.

68). Dessa forma, o sexo e a sexualidade, bem como as sensibilidades que os atravessam, foram pautas dos debates médico-sanitários, incidindo em propostas e currículos educacionais brasileiros, forjando um modelo de educação sexual, visando o benefício biológico e genético das futuras gerações.

A partir desse debate, foi possível identificar no manual de Pacheco e Silva, passagens que indicam o problema entre tristeza e sexo que marcaram narrativas e pautas médicas. No capítulo “Psicoses autotóxicas”, a tristeza foi analisada quando mencionada as consideradas “Auto-intoxicações genitais”. Partindo dos pressupostos de Kraepelin, é afirmado que as “inflamações das glândulas sexuais” afetavam gravemente o sistema nervoso, impactando nas emoções, possibilitando a emergência do estado melancólico. Temática semelhante pôde ser verificada no capítulo “Desordens somáticas nas psicopatias”, mais especificamente no tópico “Funções genitais”. Neste, destaca-se que “na melancolia, nos estados confusionais, nos estados psicastênicos, há, via de regra, uma grande depressão sexual” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 143), apontando para o que era conhecido por “frigidez sexual” em homens e mulheres. As passagens permitiram considerar o controle do sexo e dos sentimentos que o atravessavam como uma proposta para controle da natalidade da “prole sã”, reforçando o homem como um ser sexual e a mulher naturalmente mãe, pois “tais processos, que naturalizam identidades sociais, embasam também a perpetuação de regimes de patologização desses corpos, legitimando intervenções médicas em vista de sua normalização.” (TOLEDO; VIMIEIRO, 2018, p. 71).

Partindo desta perspectiva, a recusa à relação sexual, como consequência da tristeza, ou da falta de desejo, poderia ser diagnosticado como anormal e “psicótico”, oposto o idealizado para a promoção de uma “raça” brasileira nos moldes eugenistas e higienistas, visto a necessidade do sexo para a procriação. Portanto, a preservação e perpetuação de uma “raça superior”, como se autodeclaravam os paulistas, aconteceria pela higienização e eugeniização dos sentimentos que atravessavam o sexo e a sexualidade. Supôs-se, nesse sentido, a fabricação da intolerância, criminalização e patologização da melancolia, pois era um impedimento para o “bem estar” e saúde da coletividade. A “depressão sexual” ou “frigidez”, resultados das experiências sensíveis tristes ou de outras situações que provocassem a falta de sexo no casamento, deveriam ser devidamente

medicalizadas e curadas, pois anormais e patológicas, como preconizado pelas normas médicas à época. Por intermédio da abordagem teórica do sentimento proposta por Rosenwein (2006; 2011), que reitera a organização das diferentes comunidades emocionais nos tempos e espaços, as tristezas, os sofrimentos e as dores da existência foram marcadores epidemiológicos na metrópole paulista, examinados e diagnosticados a partir das características morais, físicas, comportamentais, sexuais e afetivas das pessoas na comunidade paulistana.

Observou-se, diante do recorte temporal e espacial delimitado, a emergência do capitalismo e, a partir desse momento, as necessidades de controle da subjetividade dos trabalhadores objetivando o lucro, dando origem a o que Eva Illouz e Yaara Bengier Alaluf (2020) indicam como "capitalismo emocional". O termo utilizado pelas autoras descreve processos históricos que entrecruzam a economia capitalista e as emoções, perpassando a história da construção social, política e econômica da capital de São Paulo, que reverberou à organização de normas sobre o sentir associadas às propostas liberais e capitalistas na República. Essas normas foram impactadas pelos ditames médicos e da ciência moderna, resultando "[...] na rápida difusão do vocabulário terapêutico na linguagem da sexualidade, da intimidade, da educação e das relações interpessoais" (ILLOUZ; ALALUF, 2020, p. 75).

As vivências da tristeza, como mapeado em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951), anunciam concepções sobre as emoções e seu controle na metrópole paulista no período tratado nesta dissertação. Diagnosticadas como anormais, aqueles que externalizavam emoções tristes nos gestos, feições, vestes, na vida familiar e sexual, por exemplo, deveriam ser medicalizados e normalizados dentro dos padrões estipulados e impostos do novo viver, isto é, promovendo a polidez, o autocontrole, felicidade, movimento, vontade de viver, trabalhar e procriar.

A preocupação com os sentimentos melancólicos remontam à Antiguidade, visto que a experiência sensível era compreendida por filósofos, como Hipócrates, como um condicionante ao suicídio. O ato de tirar a própria vida, como reiterado pela historiografia, fazia alusão à possessão demoníaca, perversidade, imoralidade e doença (SILVA MELEIRO, 2003; LOPES, 2011; MINOIS, 2018). O conceito de "comunidades emocionais" proposto por Barbara H. Rosenwein (2006), possibilitou a reflexão acerca dos possíveis significados da tristeza e felicidade nos tempos e

espaços, mas também nos grupos sociais, apontando para as várias histórias das emoções, pois são permanentemente transformadas e/ou ressignificadas com as sucessivas mudanças que marcam as sociedades. Entretanto, ainda que tenham havido múltiplas interpretações sobre as emoções tristes e suas consequências individuais e coletivas, quase sempre foi rejeitada e associada à anormalidade, visto que a felicidade, entendida como o oposto, é diagnosticada como indício de saúde e bem estar, concepção que permanece até os dias atuais, promovendo intolerâncias àquele que encontra-se em tristeza ou que apresenta em sua personalidade características que remontam o estado melancólico, introspectivo, tímido ou solitário.

Pascal Bruckner (2014), em seu ensaio sobre a felicidade, permitiu considerar que o século XX, devido às noções de modernidade, a alegria e o riso foram tornadas características da paulistanidade e da vida na metrópole em ampliação. Portanto, as tristezas e melancolias, que geravam sofrimento e o desejo de morrer, passaram a ser criminalizadas na sociedade e patologizadas pela medicina, diante das novas percepções sobre a vida e o viver. Partindo dessa perspectiva e tendo em vista as diferentes formas de analisar e viver a tristeza ao longo do tempo, a historiografia sobre a emoção destaca que, desde a Antiguidade, diversos tratamentos foram desenvolvidos e aplicados para sanar os efeitos sofrimentos, destacadamente como prevenção ao suicídio. Sangrias, purga, dietas especiais, exorcismos, festas e vinhos foram recomendados para amenizar a melancolia, mas também como forma de controlar as emoções diagnosticadas como nocivas para o indivíduo e à coletividade, indicando a organização das comunidades emocionais e valores sobre o sentir fabricados, bem como as continuidades históricas que revelam tristezas, quase sempre, como sentimentos negativos e doentios (SCLIAR, 2003; SANT'ANNA, 2013; CORDÁS; EMILIO, 2017).

Os investimentos nas ciências nas terras paulistas, que colaboraram para transformar São Paulo em uma cidade-laboratório, incidiram na abertura de laboratórios e instituições de pesquisas destacadamente nas áreas de saúde, como reiterado por estudos de referência. No campo da Psiquiatria, os investimentos são revelados na ampliação do arsenal terapêutico, que pretendiam desvendar as doenças e buscar formas de saná-las por intermédio da análise comportamental dos homens e mulheres, baseando-se em princípios morais e políticos dos especialistas

e valendo-se da autoridade do discurso e saber científico (DANTE, 2001; SILVA, 2003; AYRES, 2013; MARINHO, 2013).

As estratégias utilizadas pela Psiquiatria anunciam uma diversidade no tratamento de doenças e métodos de normatização do corpo, mente e sentimentos dos pacientes e internos de hospitais psiquiátricos. Gustavo Querodia Tarelow (2012; 2013), ao tratar das terapias biológicas no Juquery, afirma que a trajetória médica de Pacheco e Silva reflete a disseminação de novas e mortais terapias nos espaços manicomiais em São Paulo, importadas pelo médico, por intermédio de viagens financiadas pela *Fundação Rockefeller*, a manicômios norte-americanos e europeus. Dessa forma, "[...] alguns tratamentos [...] tinham como objetivo adequar o paciente 'desajustado' aos fundamentos do que era desejável e aceitável na vida em sociedade." (TARELOW, 2013, p. 23), tolerado e diagnosticado como saudável para o "novo viver".

Sob propostas de rápida contenção do crescimento de internos nos espaços manicomiais, gastando menos dinheiro, dada a carência de financiamento e profissionais, as terapias biológicas e a psicofarmacologia foram os recursos mais utilizados para o tratamento de transtornos mentais (TARELOW, 2009; MIRANDA *et al.*, 2019; TOLEDO, 2019). A aplicação das terapias biológicas, ou "terapias de choque", implicou concepções psiquiátricas do período que sugeriam que as enfermidades tinham diversas origens externas e internas aos indivíduos, destacadamente aqueles considerados biologicamente predispostos ou influenciáveis.

Como afirma Heider Victor Cabral de Moura, os estudos biológicos das "doenças mentais" "[...] apontavam as alterações patológicas e químicas em células nervosas como sendo as causas para as aflições da mente." (2010, p. 150). Nesse cenário, conforme revelam os materiais analisados ao longo da pesquisa, os sentimentos estiveram atrelados às percepções sobre a loucura e a anormalidade emergentes do organicismo. As tristezas são atravessadas por esses modernos, mas mortais e violentos tratamentos, que pretendiam seu expurgo da vida urbana, familiar, educacional, política, sexual.

Constituído de 20 tópicos, o capítulo "Tratamento das doenças mentais" em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951) evidencia terapias empregadas em hospitais

psiquiátricos na metade do século XX. Como forma de caracterizar os métodos aplicados e suas justificativas, Pacheco e Silva descreve que:

Há, presentemente, vários métodos psiquiátricos cuja aplicação varia de acôrdo com a doença, a forma clínica, a idade, as condições gerais do doente, o período da moléstia, etc. Tais métodos se dividem em gerais e especiais. Os métodos gerais são aqueles construídos por um conjunto de processos que se aplicam na maioria das doenças mentais, tendo por objetivo proteger o doente, acalmá-lo, assegurando não só sua proteção como também a dos que o cercam. Métodos especiais são aqueles que têm indicação precisa, isto é, que só são prescritos em certas e determinadas moléstias mentais. (1951, p. 155)

O excerto permitiu verificar a medicalização e medicamentação da vida em São Paulo à época em que foi publicado o compêndio, conforme as diferentes terapias aplicadas, que variavam conforme os quadros patológicos diagnosticados. O cenário terapêutico revela prescrições de certas terapias em manifestações emocionais associadas às sintomatologias de doenças, como agitações consideradas maníacas, depressões, tristezas e desejos suicidas, como estratégia para normatizar e “curar” as emoções desviantes.

Entretanto, é revelada a brutalidade e violência na história das terapias biológicas, pois, como apontado por Austregésilo Carrano Bueno (2004) em *O Canto dos Malditos*, no qual relatou e denunciou suas passagens como interno em manicômios brasileiros durante sua juventude no final do século XX, a aplicação de terapias biológicas, como a eletrochoqueterapia, não era unicamente utilizadas como método terapêutico, mas comumente na forma de punição contra pacientes que desobedeciam os médicos e enfermeiros. O contexto demarca historicamente o chamado "holocausto psiquiátrico brasileiro", visto a elevada quantidade de pessoas violentadas, agredidas e mortas dentro dos muros e pátios dos manicômios, resultado das práticas terapêuticas e das políticas manicomiais empregadas desde o início do século XX e perpetuadas até a atualidade, sobretudo, em comunidades terapêuticas (BUENO, 2004; ARBEX, 2013).

Diante do exposto, dentre as terapias expostas no capítulo sobre o tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951), 5 tópicos foram mapeados com as recomendadas para quadros

melancólicos ou pessoas que apresentavam emoções tristes e desejos de dar cabo à própria vida, são eles: o isolamento, aplicação de opiáceos, piretoterapia, insulinoaterapia e acroagoninoaterapia. O isolamento, segundo tópico do capítulo, era uma das primeiras exigências médicas quando surgia um caso de “alienação mental”, poderia vir a ser empregada na instituição manicomial ou na casa do próprio paciente, dependendo do estado do examinado e diagnóstico emitido (PACHECO E SILVA, 1951). Entretanto, a historiografia indica que o isolamento e internações também eram estratégias da medicina sanitaria e higienista que visava a “limpeza” das ruas, retirando as pessoas consideradas feias, ociosas e doentes das vistas das elites, conseqüentemente lotando hospitais psiquiátricos e prisões, demarcando ações preconceituosas e discriminatórias, principalmente quando tratava-se de pessoas pobres (CUNHA, 1986; CORBIN, 1987; CARRARA, 1998). No caso de pessoas diagnosticadas como melancólicas e neurastênicas, o isolamento era recomendado, quase sempre, a domicílio. Porém, em casos de tentativas ou ideias de suicídio, o paciente deveria ser designado para uma unidade terapêutica para ser vigiado e tratado por outros métodos, isto é, as denominadas terapias de choque e medicamentos diversos.

Publicações de Antonio Carlos Pacheco e Silva revelaram propostas médicas para sanar ou amenizar emoções tristes manifestadas. Conforme o médico, a tristeza era um “esgotamento do sistema nervoso”, que impactava nos desejos, vontades e querer. Como uma forma de preservar os sentimentos valorizados pela paulistanidade, como a disposição, ânimo e coragem, recomendava-se “[...] evitar os tóxicos, sobretudo os chamados venenos sociais, particularmente os [...] mais difundidos: o fumo e o álcool.”, temas que figuravam as campanhas da LBHM e LPHM, das quais era membro. Além dos “venenos sociais”, indicava “[...] fugir, tanto quanto possível, da chamada intoxicação moral, conseqüente à irritabilidade, às emoções repetidas [...]. Devemos nos adaptar ao mundo onde vivemos, fugindo a um trabalho de ruminação cerebral, de interiorização permentente.” (1950, p. 294), evitando sentimentos negativos que condicionassem ao estado melancólico ou os desejos de dar cabo à própria vida, higienizando as emoções, visando o bem estar individual e coletivo.

As noções de preservação emocional e moral da coletividade demarcam a constituição dos valores emocionais partilhados e fabricados sobre a vida na

metrópole paulista ao longo do período analisado nesta dissertação, forjando normas sobre o sentir e sistematizando um ideal de comunidade emocional. Nesse sentido, o isolamento daquele que externalizava emoções tristes, pôde ser considerado uma estratégia higienista de retirar do convívio social pessoas consideradas perigosas, pois moralmente e emocionalmente tóxicas, responsáveis por desequilibrar a harmonia emocional idealizada pelos grupos dirigentes sobre o novo viver, moderno e civilizado.

A aplicação de sedativos e hipnóticos também foi identificada dentre os tratamentos mapeados. Comumente, a aplicação de brometos, aldeídos, barbitúricos, opiáceos, hioscina e sedativos vegetais era recomendada como estratégia para "acalmar" os pacientes muito agitados, exemplarmente em diagnósticos de melancolia na forma ansiosa. Nesse quadro, era indicado o tratamento com ópio, pois, segundo descrito no tópico referente aos opiáceos, seu uso colaborava para amenizar dores e abrandar a ansiedade e angústia. Nesse sentido, nas palavras do médico: "Na melancolia ansiosa costuma-se receitar o laudano de Sydenham na dose de X gotas diàriamente, aumentando-se I gota por dia até atingir L - LX gôtas, conforme o grau de tolerância e as condições gerais do doente." (1951, p. 166).

O uso de opióides foi amplamente difundido ao longo dos séculos desde a Antiguidade e, além de influenciar o comportamento, foi empregado como sedativo e analgésico. O láudano de Sydenham para o tratamento de quadros de melancolia ansiosa, era um líquido composto por ópio, açafrão, cravo, canela e vinho, contendo 1% de morfina, usado na dose máxima de 1 a 5 gramas por dia. Conforme Danilo Freire Duarte, "[...] o láudano de Sydenham foi a principal preparação líquida contendo ópio, usada na Inglaterra no século XVII e teve grande aceitação na Europa e nas Américas até início do século XX." (2005, p. 137). Sua nomenclatura provém de Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglês considerado um dos precursores da epidemiologia.

A provocação de estados de comas, febres e convulsões também foram métodos terapêuticos aplicados em externalizações sentimentais tristes diagnosticadas como doenças ou como sintomas. A piretoterapia era um tratamento hipertérmico que consistia em induzir artificialmente um estado febril, recomendada em diagnósticos de paralisia geral, sífilis cerebral, psicose maníaco-depressiva,

estados ansiosos de origens diversas, esquizofrenia e nos quadros denominados por “demenciais” (PACHECO E SILVA, 1951). O objetivo supostamente poderia ser alcançado por aplicação de quimioterapia, por intermédio de nucleinato de sódio, terebintina, enxôfre, metais coloidais, entre outros; proteinoterapia, com leite e peptona; vacinoterapia, com a aplicação de tuberculina, vacina antitífica e vacina contra o cancro mole; bacterioterapia; nosoterapia e fisioterapia com banhos quentes e diatermia por ondas curtas. A terapia utilizada na psicose maníaco-depressiva concernia aos estados de agitação e de ansiedade, o que permitiu considerar que, para além de sua aplicação nos estados maníacos, também poderia ser recomendado na melancolia ansiosa.

A insulino-terapia, inicialmente empregada em casos de esquizofrenia, passou a ser empregada também na depressão melancólica e na confusão mental, conforme descrito no manual. O procedimento consistia na aplicação correspondente a uma dose inicial de 10 unidades de insulina, via injeção hipodérmica, visando provocar coma hipoglicêmico. Os sinais que prenunciavam o coma revelavam “[...] sudores mais ou menos abundante, desordens cenestésicas, estado vertiginoso [...]”, mas também sensações físicas traduzidas nas expressões “[...] ‘vazio no estômago’, ‘tonturas’, ‘garganta sêca’, ‘mal-estar indefinido’, ‘sensação de desfalecimento’.” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 171). Com o aumento das doses ao longo dos dias, eram observados efeitos colaterais como inícios de convulsões, sonolência, aumento de salivação e contrações musculares. Sofrimentos foram descritos como efeitos, revelando dores durante o processo terapêutico. Acidentes como bradicardias e taquicardias, desordens respiratórias e convulsões, foram registradas e identificadas na descrição da insulino-terapia. Sequelas neurológicas e psíquicas também foram sublinhadas, estas apontadas como “não raras”.

Dados levantados por Gustavo Querodia Tarelow (2013), por intermédio de prontuários do Juquery entre 1923 e 1937, apontam que 6% dos pacientes foram submetidos a insulino-terapia. Os casos sobre José Buc. e Kadota M. não explicitam os métodos terapêuticos empregados no tratamento de ambos, somente apontam a aplicação de morfina no segundo, porém, conforme proposto pelos tópicos em “Tratamento das doenças mentais”, supôs-se que os pacientes foram submetidos às piritoterapia e insulino-terapia, conforme recomendações de suas aplicações em quadros de esquizofrenia. Como reiterado por Andréa Noeremberg Guimarães *et al.*

(2013), a prática da insulinoaterapia caiu em desuso, visto que as melhoras comprovadas pelos estudos médicos do período eram temporárias e a cura não era alcançada, além disso, também causavam mortes entre os que a recebiam como tratamento.

A acroagoninoterapia também esteve inserida no arsenal terapêutico do século XX contra formas de melancolias, destacadamente a delirante e ansiosa. A terapia, preconizada pelo neurologista italiano Ugo Cerletti (1877-1963), consistia em provocar crises convulsivas nos pacientes diagnosticados com esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva, como uma alternativa à eletrochoqueterapia e cardiazolterapia. Previa a aplicação por injeções diárias, por via intramuscular, iniciando com 2cm³, aumentando gradualmente 1cm³ até chegar a 5cm³, variando entre 20 a 30 injeções a série. As reações previstas descritas apontam à queda da pressão arterial (PACHECO E SILVA, 1951).

Um levantamento bibliográfico foi desenvolvido sobre as palavras “acroagoninoterapia” e “acroagonina” nas plataformas digitais da *SciELO*, *Capes* e *Google Acadêmico*. Nenhum trabalho foi identificado sob a primeira palavra-chave e referente à segunda, 2 foram encontrados: 1 nacional, remetendo-se à dissertação de Gustavo Querodia Tarelow (2011), e 1 artigo internacional, publicado em uma revista cubana de Medicina, de autoria de Narciso Calles Bajos (1976). O resultado da busca desvelou que, dentre as produções identificadas, nenhuma é dedicada exclusivamente à análise da terapia, o que permite considerar que estudos sobre o arsenal terapêutico empregado nos hospitais psiquiátricos durante o século XX ainda são muito escassos, indicando à importância e necessidade de desenvolvimento de pesquisas dedicados à sua análise, colaborando com as existentes e indicando possíveis caminhos para pesquisas futuras.

As terapias de choque aplicadas em casos de externalização das tristezas, sofrimentos psíquicos e desejos de dar cabo à própria vida desvelaram preocupações médicas em medicalizar e medicamentar sentimentos tristes na sociedade visando uma cura, por intermédio de estratégias de controle da vida e do sentir, perpassando sensações físicas, comportamentais, vestes e sexualidade. Como permitem considerar Courtine e Haroche (2016), essas normas se remetem às organizações e reorganizações pelas quais a cidade e sociedade paulistana passaram no início do século XX, sob novas noções e projetos de civilidade e

modernidade, que constituíram as exigências forjadas pela medicina sobre o novo viver, caracterizando uma comunidade emocional idealizada a partir da vida burguesa e interesses das elites.

Apesar da ampla disseminação e defesa das terapias biológicas nos espaços manicomiais, os estudiosos reiteram que os índices de curas eram muito baixos, praticamente ineficazes, resultando em sequelas gravíssimas e na morte de vários pacientes especialmente em hospícios públicos, onde as vítimas eram comumente pessoas pobres (CUNHA, 1986; PEREIRA, 1995; MOURA, 2010; TARELOW, 2013). A história de terapias biológicas no mundo revela ações violentas contra internos, muitas vezes aplicadas como estratégias de punição contra aqueles que não se comportavam como imposto pelos profissionais das instituições, mas também anunciam preconceitos e descaso sobre os mais pobres, esquecidos pelo Estado ou por suas famílias nos pátios dos manicômios.

Os processos de exclusão, descaso e violências que atravessam o denominado “holocausto brasileiro”, apontam à importância do rompimento com a lógica manicomial, o fechamento de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, uma luta constante que valoriza a vida, integridade e dignidade humana da pessoa com transtornos mentais, conforme preconizado pelos movimentos antimanicomiais da década de 70 que contribuíram para a criação da Lei Nº 10.216, promulgada somente em 2001, oficializando a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No âmbito do sentimento, esta temática se torna relevante, pois reforça a urgência de despatologizar as experiências sensíveis, compreendendo-as como respostas às situações do cotidiano, não como erros ou doenças que necessitam de cura ou intervenções médicas, sem necessidades.

3 Dos Cantos Escuros: Melancolia e Suicídio na Metrópole

As configurações sociais e urbanas que se alteraram em São Paulo, ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, mediadas por parâmetros de ordem, progresso e modernidade, colaboraram para o desaparecimento das "[...] relações sociais fixas e cristalizadas, num turbilhão com imenso deslocamento de pessoas e graus nunca esperados e criando, para o caso paulistano, contornos que determinariam uma nova realidade, até então nunca vivida" (MOTA, 2005, p. 76). Transformações urbanísticas, sociais, intelectuais, tecnológicas e políticas, bem como o impacto de epidemias, guerras e crises econômicas, foram determinantes para a reorganização e reestruturação das formas de se relacionar, mas também nas maneiras de sentir em todas as classes sociais, repercutindo em novos medos, repulsas, ambições, vaidades, preconceitos, saudades, sonhos, desejos, alegrias e tristezas, resultado dos deslocamentos das emoções que atravessaram a virada do século XIX para o XX.

No âmbito paulista, ações médico-higienizadoras sobre os sentimentos estiveram alinhados aos projetos e desejos das elites para o desenvolvimento social e urbano do Estado, mas principalmente de sua capital. Objetivava a padronização da sociedade paulista a partir do ideal traduzido como "raça de gigantes", disseminada discursivamente pelas elites intelectuais, conforme articulações implementadas pela saúde pública paulista, que pretendia normatizar a população por intermédio da medicalização, mas que, entretanto, enfrentou uma série de limites, divergências e empecilhos, "[...] impondo novas posturas e interpretações muito peculiares a respeito do grau de excepcionalidade sanitária e médica - tida, no início do republicanismo, como uma das maiores expressões do poder que São Paulo concentraria." (MOTA, 2005, p. 3).

Por intermédio dos documentos históricos consultados, observou-se que as práticas que pretenderam a padronização dos sentimentos ocorreu, sobretudo, por meio de interdições legais e internações de pessoas em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciais, impedindo que as emoções consideradas doentias ou negativas emergentes em seus supostos diagnósticos, afetassem os ideais de busca pela eficácia econômica, pureza racial e modernidade almejadas em São Paulo. Desse processo, foi possível considerar que narrativas médicas acabaram

possibilitando a construção de um ideal de comunidade emocional alinhados aos novos parâmetros de saúde e de bem-viver, bem como a perpetuação de normas que deveriam ser disseminadas sobre o território.

Sentimentos como de tristezas eram associados à doença e ao ócio, ao pouco movimento ou movimentos lentos, representando o oposto da agitação, da produção intensa, industrial, incentivada no cenário citadino. Entretanto, a historiografia sugere que a realidade se apresentava de modo diametralmente oposto ao idealizado e ao disseminado pelas mídias e pelas narrativas médicas (SEVCENKO, 1992; LUCA, 1999; SILVA, 2007). Assim, aqueles que chegavam na cidade em busca da felicidade prometida acabavam tendo "[...] que improvisar suas habitações e suas vidas, enfrentando um volume inexorável de contrariedades" (SEVCENKO, 1992, p. 109), dentre as quais, a repressão policial, discriminação racial, ampla e desvantajosa competição por emprego e falta de saneamento básico. Diante desse cenário, é possível supor que era quase impossível a plenitude da felicidade construída sobre a vida na capital pela elite e perpetuada pela medicina como índice de saúde. Os desafios, a marginalização e a crueldade experimentada pela maioria da população, que era pobre, preta e nordestina, na verdade, poderia ter condicionado diversas pessoas ao sofrimento intenso, tristezas que, possivelmente, contribuíam para o desejo e a decisão de dar cabo à própria vida. O que permite reflexões acerca dos impactos da vida urbana na capital paulista sobre as singulares sensibilidades, mas também para as compartilhadas socialmente entre alguns grupos que foram vítimas da falácia sobre a metrópole e sobre o sentir paulistaneamente.

Na metrópole paulista no início do século XX, as relações sociais construídas e desconstruídas reforçaram sentimentos preconceituosos, vaidosos, individualistas, gerando desamor. Para bell hooks (2021), o amor é uma ação que promove movimento, empodera, cura e dá sentido à vida; seu oposto, isto é, o estado de desamor, provoca desarmonia e solidão, causas centrais da depressão, tristezas intensas e desesperos, permitindo levantar hipóteses acerca das experiências tristes, mas também suicidas, em São Paulo no passado e no presente, visto que velhos e novos desafios atravessam a vida dos habitantes da metrópole e reverberam nas emoções. Contextos que revelam a importância de campanhas de prevenção à saúde mental, contra a depressão e suicídio, mas também a urgência

de novas políticas que focalizem os impactos dos eventos políticos, econômicos e sociais, sobre as emoções, encarando-as como resposta aos acontecimentos, não como doenças e, a partir disso, buscar melhorar a qualidade de vida da população, ao invés de medicamentar comportamentos e sentimentos considerados negativos.

Neste sentido, experiências sensíveis inseridas no contexto urbano da cidade no período delimitado nesta dissertação, possivelmente eram condicionantes às tristezas e desilusões. A "boca de mil dentes", como Mário de Andrade representou a capital paulista, "devorou" diversas pessoas nos cenários de crises, doenças, conflitos, bem como foi palco das experiências sensíveis singulares e dramas individuais, podendo ter contribuído para os índices de suicídios registrados no período. As luzes que atravessaram vitrais dos novos edifícios, universidades, e palacetes, iluminaram ruas e viadutos recém construídos, também permitiram a muitos se perderem nos descaminhos do labirinto místico no qual a metrópole se transformava.

Nos cantos escuros da cidade encontravam-se lágrimas derramadas secretamente, o sofrimento psíquico intenso não acolhido, reprimido e sufocado e o desejo de morrer. As tristezas e o suicídio podem ser observados como sensibilidades que transcendem aos eventos, as tramas do cotidiano que Paul Veyne (1982) nomeia como "romance real". Os sentimentos tristes e desejos suicidas são meios de leitura da alma e da história, ao passo que emoções são documentos imprescindíveis para a análise das relações humanas, que constroem realidades, como permite considerar estudos de referência (SIQUEIRA, 1976; PESAVENTO, 2007; 2012). Neste caso, por intermédio de narrativas e diagnósticos médicos que resignificaram e fabricaram sentimentos que constituiriam a identidade da comunidade e ideais de futuro.

3.1 Labirinto místico de almas vazias: suicídios na cidade de São Paulo

O *rapper* paulista Criolo, em sua canção *Não Existe Amor em SP*, lançada em 2011, retrata a cidade de São Paulo como um "labirinto místico", um cenário de deslumbramento, símbolo de felicidade, modernidade e beleza, sentimentos que atravessam a história de São Paulo, destacadamente a partir do século XX,

construída discursivamente como uma “terra de gigantes”. Apesar da sutileza utilizada na metáfora que figura São Paulo a um buquê, os versos lembram que flores, em arranjos, costumam estar mortas devido ao corte bruto na raiz e a retirada da terra, que fornece vida, apresentando uma crítica à realidade paulista, oposto aos significados históricos e sociais disseminados pelas mídias e construídos no imaginário proposto, principalmente sobre sua capital. Sendo assim, São Paulo é revelada como um espaço triste, de violências, individualismos e dominação, que reforça estados de desamor.

O contraponto aos ideais de alegria e boa vida compartilhados sobre a metrópole foram pautas no *rap*, nos versos que descrevem bares como estabelecimentos cheios de pessoas de "almas vazias", anunciando apatias e distâncias, mesmo em momentos de confraternização nos quais a troca, amizade e parceria deveriam coexistir. Os temas tratados por Criolo também figuram as críticas tecidas sobre a vida paulistana por Mário de Andrade, sublinhando semelhanças e permanências sobre as sensibilidades vivenciadas no "labirinto místico de almas vazias" ou na “pauliceia desvairada” em relação aos relacionamentos humanos e elos entre emoções tristes com o cenário urbano, o que pode ter colaborado para os elevados índices de suicídio no passado e no presente.

Ao abordar a história do suicídio nas sociedades ocidentais da Idade Média até a Contemporaneidade, Georges Minois (2018) revela concepções variadas que se aplicam à temática nos tempos, espaços e sociedades. O suicídio, ora foi compreendido como crime, possessão demoníaca e loucura, provocando sentimentos de medo e repulsa, ora foi inserido em questões filosóficas, presente nos debates sobre a liberdade individual, ao sacrifício amoroso, heróico, patriótico e honroso, enfatizando sentimentos positivos acerca do ato. A diversidade de impressões sublinham a complexibilidade que implica o conceito e o ato nas comunidades através da história.

No período de transição do século XIX e XX, o suicídio foi inserido entre as preocupações de saúde pública e sanitárias, de modo que “[...] um meticuloso e lento processo de constituição, regulamentação e institucionalização de saberes, como o médico, iniciou a busca de definições e de respostas em torno do suicídio e do sujeito que o comete” (LOPES, 2011, p. 251). Neste sentido, figurou entre compêndios, cartilhas, jornais e anuários estatísticos demográfico-sanitários

federais, estaduais e municipais, e outras diversas produções de profissionais da saúde, permitindo verificar como a temática impactou, assim como outras doenças, os discursos médico-legais e sanitários do período, levando à necessidade de contenção por meio da medicalização e medicamentação.

Contudo, um breve mapeamento sobre o tema em publicações médicas em São Paulo, especialmente de autoria de Antonio Carlos Pacheco e Silva, permitiu verificar que, ainda que o tema do suicídio estivesse presente, ele era escasso ³⁵, ao contrário dos que referenciam à melancolia e tristezas. Com a emergência das teorias eugenistas e organicistas, os debates focalizavam práticas e políticas defensoras da esterilização compulsória, exames pré-nupciais, restrição de imigrantes e aperfeiçoamento racial, o que pôde ter colaborado para que o suicídio não recebesse maior atenção, como sugere Giulia Cristiano (2022). Partindo desta perspectiva, apesar de não haver tantos documentos que retratem especificamente o suicídio, os resultados de pesquisa revelaram que o tema foi comumente associado ao estado melancólico, às tristezas e fortes emoções, bem como ao uso de substâncias ilícitas à época, como álcool e maconha.

Em *Esboço de Psiquiatria Forense*, de Franco da Rocha (1904), o suicídio e desejos de dar cabo à própria vida aparecem relacionados ao que era nomeado de lypemania ³⁶, comum em "indivíduos mal equilibrados" emocionalmente. Sobre o tema, o médico afirma:

³⁵ A pesquisa desenvolvida nesta dissertação foi atravessada pela pandemia de COVID-19, que resultou no fechamento de museus, bibliotecas e acervos objetivando a contenção do contágio do vírus, limitando o acesso às fontes e referências bibliográficas. Após o afrouxamento das medidas restritivas estaduais e municipais, nos meses iniciais do ano de 2022, as instituições começaram a abrir suas portas para o recebimento de pesquisadores. Sendo assim, durante os meses de março e julho foi possível fazer um breve mapeamento de produções médicas no acervo do Museu Histórico "Prof. Carlos da Silva Lacaz" da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o objetivo de ampliar a fundamentação, portanto, o diálogo com o *corpus* principal, isto é, o manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva. A busca centralizou-se no estudo de materiais presentes no "Fundo Pacheco e Silva" que possui publicações, recortes de jornais, cartas, palestras, fotografias e anotações que marcam a trajetória médica, política, empresarial e docente de Pacheco e Silva. Dentre os documentos disponíveis, há também produções de outros médicos que trabalharam em parceria ou que fizeram parte do ciclo do médico.

³⁶ Lypemania (ou lipemania), conceito criado pelo psiquiatra francês Jean-Etienne Esquirol (1772-1849), discípulo de Philippe Pinel, foi proposto para substituição do termo melancolia no período. Para Esquirol, melancolia era um termo antiquado, sendo conveniente somente para os poetas, artistas e filósofos. Etimologicamente, deriva da palavra grega *lupe*, referenciando-se à tristeza e desgosto, desta forma, indicaria uma situação mórbida caracterizada por uma tristeza debilitante, como afirma Moacyr Scliar (2003). Com mudanças no campo da psiquiatria que implicou na circulação dos conceitos da escola alemã, que teve como nome destaque Emil Kraepelin, a lipemania passou a ser reconhecida como "psicose maníaco-depressiva". Manteve-se no texto da dissertação o termo escrito na ortografia antiga e utilizada por Francisco Franco da Rocha em seu manual *Esboço de Psiquiatria Forense*.

Na lucta pela vida os fracos baqueam por modos diversos: - uns desesperam após uma temporada de si; não encontrando meio de se adaptar á sociedade, acham no suicidio uma sahida; - outros, num suicidio lento, lançando-se ao abuso do alcool, disfarçam na embriaguez as idéias tristes, até que numa molestia intercorrente se aproveite dos restos deixados pelo alcool [...] (1904, p. 30-31)

Transformações nas concepções dos sentimentos e seu deslocamento para o campo da medicina implicou a patologização de emoções consideradas negativas pelos profissionais da saúde (VINCENT-BUFFAULT, 1988), especialmente psiquiatras, que anexaram as tristezas e a morte voluntária no rol das insanidades e doenças que deveriam ser contidas para que não afetassem o desenvolvimento social e urbano. Isto posto, a preocupação sobre as melancolias e o suicídio emergiram em São Paulo e no Brasil nas primeiras décadas do século XX, refletindo preconceitos que atravessam a temática na história, sobretudo nas sociedades ocidentais (MINOIS, 2018). Partindo desta perspectiva, foi possível verificar, na passagem de Franco da Rocha, uma tradução da pessoa que se mata, ou tenta se matar, como fraca e desequilibrada emocionalmente, o que revela concepções preconceituosas.

Dentre os documentos analisados, o capítulo “Suicídio Normal e Patológico. Relações médico-legais entre o suicídio e o seguro de vida”, foi o que mais se aprofundou na temática diante de todo material disposto no compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951) e dos consultados ao longo do desenvolvimento desta dissertação. A morte voluntária é analisada por Pacheco e Silva como multifatorial, resultado de sofrimentos morais diversos, desastres financeiros significados pela ruína moral, influenciado por religiões, descrita como "doutrinas repassadas de misticismo", normalmente associadas ao Espiritismo ³⁷ e religiões de matrizes africanas como o candomblé, assim como "sistemas filosóficos extremados", que não explicita definição. O texto aponta que debates médicos problematizavam a "[...]

³⁷ Como afirmam Angélica A. Silva de Almeida e Alexander Moreira de Almeida (2003), as práticas espíritas eram apontadas pela psiquiatria como causadora de psicopatologias, de induzir ao suicídio, estupro, homicídio e desagregação da família, o que implicava na necessidade de combate por parte das autoridades judiciárias. As práticas, bem como os adeptos, também eram acusados de chalatanismo e exercício ilegal de profissão, visto as práticas de cura empregadas em sessões, muito buscada por pessoas que não tinham dinheiro para pagar por tratamentos especializados em instituições médicas e que acreditavam no que era feito nos rituais. Devido a pressão médica no período, o Espiritismo foi criminalizado no Código Penal vigente no período. Pacheco e Silva era um nome na posição contra os centros espíritas, enquanto médico e deputado.

possível influência da herança, do clima, das estações, dos acontecimentos sociais, etc., na gênese do suicídio" (1951, p. 575), permitindo considerar a complexidade que envolvia o suicídio e aquele que o cometia às concepções médicas do período, como indica a historiografia (LOPES, 1998; 2011; SILVA MELEIRO, 2003).

Dividido em 10 tópicos principais o capítulo amplia o quadro nosográfico atrelado aos possíveis condicionantes para o suicídio, indicando a melancolia, a psicastenia, alcoolismo, esquizofrenia, epilepsia, paralisia geral e debilidade mental como preponderantes. No entanto, em todos os tópicos, tristezas são anunciadas como sensibilidades predominantes, relacionada às sensações de ruína, incurabilidade, depressão, perseguição e sofrimentos intensos, permitindo ponderar o peso das emoções tristes como condicionantes ao suicídio e a atenção médica sobre as manifestações de tristezas, revelando concepções patologizantes sobre o sentimento e sobre a morte voluntária.

Partindo dos mecanismos de controle social implantados no país, sob propostas eugenistas, higienistas e sanitaristas, demógrafos sanitaristas ou médicos demografistas ³⁸ contribuíram para estudos estatísticos demográficos na virada do século XIX para o XX. Organizado por *homens de ciencia*, como médicos, a demografia tinha como finalidade colaborar para o levantamento prévio de ações de saúde pública e higiene, bem como à formulação de possibilidades interventórias a serem empregadas para obtenção de efeitos pretendidos pela sociedade médica, responsável pela normatização da vida nas urbes (SANTOS, 2015). Como mostram os resultados obtidos no estudo de Reinaldo Ramos e Victório Barbosa (1965), o suicídio figurou entre as categorias mapeadas entre os registros estatísticos publicados em anuários sanitários e demográficos, o que indica a preocupação com o fenômeno na vida pública e a emergência das necessidades de intervenção por parte das práticas médicas e sanitárias.

Durkheim (2003) considera o suicídio como um fato social, isto é, resultado de comportamentos e costumes que implicam grupos sociais, portanto propõe que os suicídios não sejam analisados individualmente, como um fenômeno isolado ou

³⁸ "A presença do instrumental estatístico foi evoluindo ao longo dos anos oitocentistas, abastecendo com números e oferecendo possibilidades de atuação aos órgãos de saúde coletiva [...]. E o papel dos demógrafos sanitaristas, como homens que lidavam com este instrumental estatístico não como diletantes ou 'curiosos', mas como quem conhecia o seu ofício, conhecia o método. Estes cientistas, bem antes do chamado 'Movimento Sanitarista', já estavam debruçados na questão da saúde pública brasileira, olhando-a pelo viés das estatísticas demográficas." (SANTOS, 2015, p. 186)

particular. Segundo o sociólogo, os dados estatísticos, ou taxa de mortalidade-suicídio, fontes de seus estudos acerca da morte voluntária, “[...] exprimem [...] a tendência para o suicídio que afeta coletivamente cada sociedade”. A análise quantitativa, nas palavras do autor, não afirma que os resultados se tratam de um estado da “alma coletiva” em sua própria realidade ou uma soma de situações ou estados da individualidade, mas aponta caminhos para discussões partindo da premissa de que “todas as sociedades estão predispostas a fornecer um determinado contingente de mortos voluntários.” (2003, p. 23), posto que:

[...] toda ruptura do equilíbrio social, quando eclode repentinamente, sempre demanda tempo para produzir todas as consequências. A evolução do suicídio é assim comporta por ondas de movimento que, distintas e sucessivas, virificam-se por arranques, desenvolvem-se durante um tempo estacionando em seguida, para depois recomeçar. (2003, p. 19)

Émile Durkheim assim classifica o suicídio em três tipos: I) egoísta, como ato de individualismo extremado por pessoas que se encontram isoladas de grupos e, portanto, entendidos como não integrantes da sociedade; II) altruístico, remetendo-se à ação resultante da coerção do coletivo, visando o bem para a comunidade; e III) anômico, referenciando-se às mortes voluntárias marcadas por mudanças e crises sociais. Aprofundando tal perspectiva, a abordagem do sentimento aponta à existência de outros tipos de suicídios visto que as emoções são singulares, ao passo que, mesmo que o significado das emoções sejam partilhados em uma sociedade, a experiência é individual, podendo ser de maior ou menor impacto.

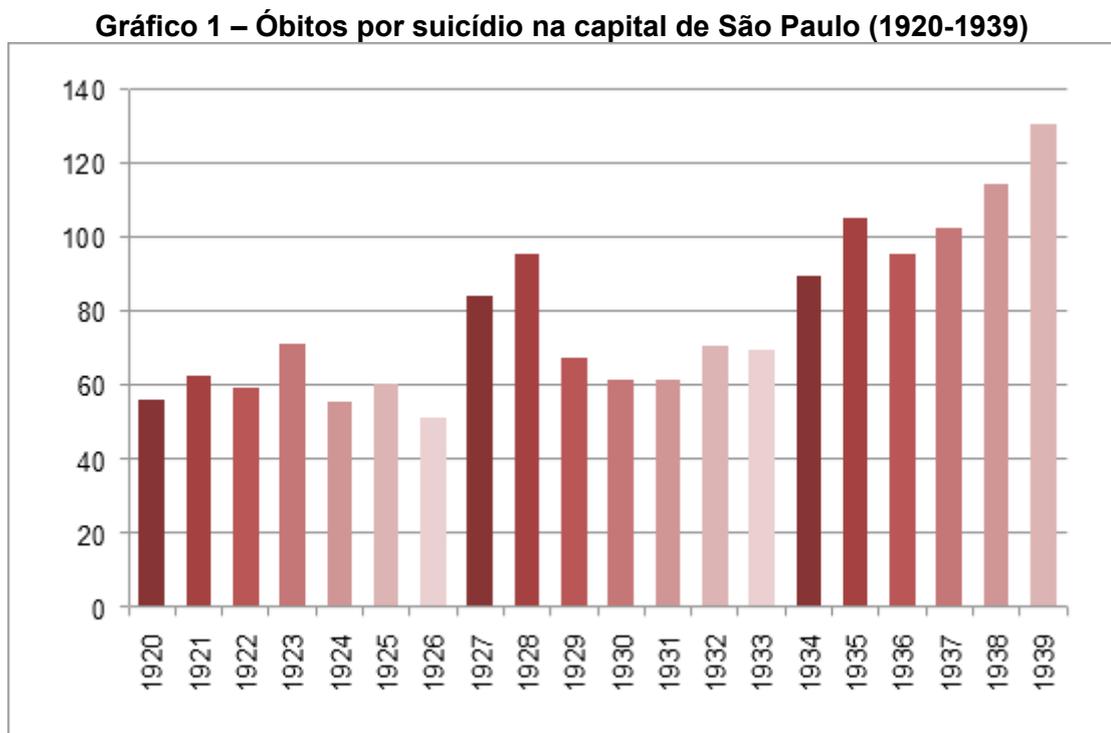
Os índices de suicídio em uma crise podem ser elevados, no entanto, a crise provoca sentimentos variados, como desespero, tristeza, ódio, raiva, que podem ou não condicionar ao suicídio. Além disso, a presente pesquisa também partiu da hipótese que, nem sempre em períodos de abalos sociais, os índices estão vinculados a eles, inclusive, podendo ser um contexto de poucos suicídios em comparação com anos anteriores ou posteriores. Diante disso, os resultados obtidos nesta dissertação não foram analisados por intermédio das concepções sociológicas de Durkheim, ainda que isso também fosse possível, mas seguiu-se por caminhos epistemológicos do sentimento e das comunidades emocionais, conforme pressuposto pela historiadora Barbara H. Rosenwein (2006; 2011).

Em vista disto, para mapear o suicídio na cidade de São Paulo, entre os anos 20 e 30 do século XX, bem como a influência do discurso medicalizador sobre a morte voluntária, a pesquisa utilizou-se de dados estatísticos disponíveis na Biblioteca Digital da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, publicados em anuários demográfico-sanitários e tabelas disponibilizadas pela instituição. Ainda que estes materiais sejam semelhantes ao utilizado por Durkheim, a pesquisa partiu do proposto por Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro (2003), ao abordar o suicídio e tentativas de suicídio em aspectos médico-legais. A autora afirma que correlações de dados qualitativos com quantitativos permitem não verificar a exatidão de causas e números (pois podem ser problemáticos diante da possibilidade de alteração e manipulação), mas colaboram à formulação de hipóteses variadas acerca dos condicionantes como fatores históricos, sociais, econômicos, familiares, entre outros, ou seja, influenciadores em potencial às buscas pelo autoextermínio, bem como de que maneira os grupos são impactados por eles. São essas questões que interessam à pesquisa desenvolvida, visto que dialogam com propostas sobre as singularidades emocionais nos diferentes tempos e espaços, como pressupõe a história do sentimento.

Os dados analisados entre os anos de 1920 até 1929 foram organizados nos anuários sob um valor coeficiente por 1.000 habitantes. Em 1920, a população somava 581.435 habitantes, ao passo que em 1929, passou para 1.070.986, contabilizando um aumento demográfico de 489.551. Os dados que concernem os anos entre 1930 até 1939, não foram analisados diretamente de anuários do período, mas de tabelas organizadas e disponibilizadas pelo SEADE em outro formato e estas não apresentam os métodos de mapeamento por coeficiente ou população, dificultando a análise do suicídio neste período. Supôs-se que os dados foram retirados pela instituição dos anuários não digitalizados, mas disponíveis no acervo físico, indicando que podem ter sido organizados sob o mesmo método.

Conforme o Censo desenvolvido em 1940, a população da capital era de 1.326.261, contabilizando um aumento de 255.275, em comparação a de 1929. Diante dessa questão, o aumento de suicídios reflete o aumento demográfico, ao mesmo tempo indica que, mesmo com o crescimento da população, sentimentos tristes vivenciados na vida na metrópole permaneceram, indicando enfrentamentos e dificuldades experimentados que podem ter sido condicionantes à morte voluntária.

Considerou-se também que os dados analisados não refletem a verdade, posto que podem ter havido mortes por suicídio não registradas ou registradas como outros tipos de morte, bem como óbitos e pessoas ignoradas pelos registros, apontando à possibilidade de sub-registros, situações que tornam inviável o estudo da morte voluntária unicamente por dados estatísticos. Sendo assim, como organizado em gráfico, o cenário de óbitos por suicídio na capital paulista entre 1920 e 1939 revelam:



Fonte: Adaptado de Estatística Demographo-Sanitaria...; Serviço Sanitário de Estado de São Paulo

Entre os anos de 1920 e 1939, foi observado um aumento percentual de 132,14% de óbitos por suicídio na capital paulista, contabilizando um total de 1556 mortes. Marcado por diversos conflitos políticos, greves e crises econômicas que impactaram a vida de diversas pessoas e setores sociais, entre 1920 e 1929, os índices contabilizam 660 suicídios na capital, registrando um aumento percentual de 19,65%. O ano de 1928, por exemplo, registrou a maior quantidade de mortes por suicídio (95), seguido do ano anterior (84).

A historiografia reitera que o contexto abarca um investimento intenso e modernização do espaço urbano, como o alargamento de avenidas, novos edifícios e viadutos, fundação de novas instituições de ensino e laboratórios (MACHADO *et*

al., 1978; SEVCENKO, 1992; SCHWARCZ, 1993). Diante desse cenário, “[...] a medicina teve responsabilidade central de domínio social não como um movimento autônomo, mas [...] como sustentáculo dos interesses dominantes do sistema em que se inseria.” (MOTA, 2005, p. 16), resultando em forte intervenção médico e sanitaria na vida pública e privada dos cidadãos, pautado nas políticas higienistas e eugenistas. Foi incentivada a criação e centralização de aparelhamentos médico-sanitários, que contribuiu para exclusão e afastamento do centro da cidade, de pessoas que representavam perigos, as quais, muitas vezes, acabavam sendo encaminhadas a força para prisões e hospitais psiquiátricos, diagnosticados como loucos e degenerados.

A marginalização, perseguição e normas estabelecidas e disseminadas observadas na perspectiva da história do sentimento, permitiu considerar que a anulação e o abandono podem ter sido intensificadores do sentimento de desespero e desamparo, fabricando tristezas, medos e desejos de morrer. Dentre os casos mapeados do manual de Pacheco e Silva (1951), observou-se na descrição da internação do imigrante sírio José Buc., o impacto da perda da liberdade, assim como a rotina no manicômio judiciário nos sentimentos de tristeza e depressão intensa vivenciados por ele, levando-o à tentativa de suicídio como forma de se libertar da internação e do isolamento, geradores de sofrimentos vivenciados naquele cenário, no qual, possivelmente, foi vítima de violentas terapias, como insulinoterapia e piretoterapias, conforme seu diagnóstico de esquizofrenia.

O ano de 1923 contabilizou o terceiro maior índice de suicídios na capital dos anos 20, com 71 óbitos. Os anos de 1921, 1922 e 1923, que somam 177 óbitos, foi marcado por conflitos políticos gerados pela polarização de eleições presidenciais, promulgação de leis de repressão aos movimentos anarquista e sindicalista ³⁹, que ganhavam espaços nas indústrias e fábricas entre trabalhadores, e por uma crise econômica que afetou a produção cafeeira, resultando na queda de seu valor, alta inflação e uma crise fiscal que levou diversos negócios à falência. Os eventos podem

³⁹ Referente às leis promulgadas contra movimentos grevistas do período, Boris Fausto afirma: "A onda grevista arrefeceu a partir de 1920, seja pela dificuldade de alcançar êxitos, seja pela repressão. Esta se abateu principalmente sobre os dirigentes operários estrangeiros que tinham papel importante como organizadores. Muitos deles foram expulsos do país. Em janeiro de 1921, o Congresso aprovou duas leis que dotaram o governo de instrumentos repressivos. Uma delas previa a expulsão dos estrangeiros cuja conduta fosse considerada nociva à ordem pública ou à segurança nacional. A outra regulou o combate ao anarquismo, considerando crime não só a prática de atos violentos como 'fazer apologia dos delitos praticados contra a organização da sociedade'. Por aí se atingia o direito de expressão". (2006, p. 302)

ter colaborado para sentimentos tristes e sofrimentos que desperaram desejos suicidas, pois impactaram nas relações sociais, incentivaram a violência e resultaram na perda de bens materiais, assim como a morte de diversas pessoas, como afirmam Winston Fritsch (1993) e Boris Fausto (2006).

Atravessou a metrópole paulista em 1924, o movimento tenentista, nomeado Revolta de Isidoro ⁴⁰. A situação vivenciada pela população, devido os bombardeios e trincheiras promovidas pela revolta no centro da capital paulista, podem ter fabricado sensibilidades influentes para o alto número de suicídios entre o ano do movimento e 1925, que somam 115. Desta forma, como apontam os estudos de referência, nos anos 1921, 1922, 1923 e 1924, a capital paulista vivenciou um contexto conturbado, revelando uma agitação política e ideológica que contou com forte repressão contra movimentos sociais, indicando a truculência e a violência estabelecida nas relações urbanas (SILVA; CARNEIRO, 1975; SEVCENKO, 1992; FRITSCH, 1993; FAUSTO, 2006), o que permitiu supor seus atravessamentos nas emoções de maior ou menor grau nos cidadãos, gerando medos, tristezas, desamparo, solidão, terror, entre outros, que também podem ter condicionado o desejo de dar cabo á própria vida, impactando nos índices.

No ano de 1929, apesar da queda da Bolsa de Valores de Nova Iorque, que afetou a economia brasileira, levando diversas pessoas à falência, os índices de suicídio demonstram uma queda em comparação com os dois anos anteriores, com 67 mortes. Entretanto, como revelado por registros jornalísticos do período, a vida paulistana também foi afetada pelos transbordamentos dos rios Tietê e Tamanduateí, no início daquele ano, em consequência de fortes chuvas, como ilustrado nas

⁴⁰ A Revolta de Isidoro foi um movimento tenentista ocorrido entre 5 e 27 de julho de 1924, em São Paulo, e teve como objetivo a derrubada de Arthur Bernardes do governo. "Nos anos 20, Bernardes personificou o ódio que os 'tenentes' tinham da oligarquia dominante. No curso de 1923, houve uma articulação de militares em torno de Nilo Peçanha, visto como possível líder de um novo movimento rebelde. Porém Nilo morreu no começo de 1924 e os conspiradores voltaram-se para o nome do general reformado Isidoro Dias Lopes - um oficial gaúcho que se colocara ao lado dos federalistas, na época de Floriano. Isidoro foi líder ostensivo da revolta." (FAUSTO, 2006, p. 308-309). Como resultado, a capital paulista ficou abandonada administrativamente e "a confusão era geral. O tiroteio era contínuo. Travavam-se combates em cada esquina. Bandos armados disputavam a posse de certos edifícios públicos de maior importância. Os combatentes não podiam, nem cogitavam o policiamento. Por isso praticavam-se abusos de toda espécie. [...] Os assaltos se sucedem em vários bairros da cidade, invadindo depósitos e armazéns, principalmente na Mooca, no Bom Retiro e no Brás." (SILVA; CARNEIRO, 1975, p. 121).

páginas dos jornais da época, por exemplo, as edições de 23 de janeiro publicada pelo *Correio Paulistano* e as de 26 e 29 de março da *Folha da Manhã* ⁴¹.

Como resultado das enchentes, consideradas as maiores da história do Estado, várias pessoas foram a óbito e muitas outras perderam suas casas e bens, se encontrando em situação de extrema vulnerabilidade, cenário que também pode ter influenciado nos índices de suicídio do período. Importa destacar que as vítimas foram, em sua maioria, pessoas pobres e imigrantes que ocupavam áreas de várzeas dos rios, com casas mal planejadas, sem saneamento básico e fiscalização, possibilitando graves acidentes como desmoronamentos, enchentes, mas também transmissão de doenças. A situação também revela o crescimento desenfreado da cidade e a divisão do território por classes sociais, o que sublinha o descaso e abandono das populações vulneráveis em todos os âmbitos pelo Estado, sendo este um marcador das desigualdades sociais, econômicas e de saúde em São Paulo. No entanto, diante desse cenário, como foi possível supor, devido a mobilização social e pública para acolhimento e ajuda às famílias que foram vítimas dos alagamentos, as consequências sobre os índices de suicídio podem ter sido menores, gerando sentimentos de comunidade e apoio, promovendo uma queda nos números em comparação com anos anteriores.

Por intermédio dos dados estatísticos, foi possível verificar os números registrados referentes aos métodos empregados na prática do suicídio ⁴². As categorias apresentaram a ingestão de venenos sólidos e líquidos, absorção voluntária de substâncias corrosivas, gases venenosos, enforcamento ou estrangulação, submersão, uso de armas de fogo, instrumentos cortantes ou perfurantes, precipitação de um lugar elevado, esmagamento e outros, isto é, sem definição do método. Tais elementos foram válidos para refletir sobre os acessos e as condições das pessoas para arquitetar suas próprias mortes, bem como as relações entre cidade e suicídio.

⁴¹ As notícias foram identificadas a partir de uma busca nos acervos digitalizados de ambos os jornais.

⁴² Os dados referentes aos meios empregados disponibilizados nos anuários e tabelas não foram divididos por faixa etária ou gênero, não possibilitando aprofundar a análise nestes âmbitos.

Quadro 1 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo segundo os meios empregados (1920-1929)

MEIOS	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929
Ingestão de venenos sólidos ou líquidos	13	15	11	1	9	6	4	3	11	8
Absorção voluntária de substâncias corrosivas	-	-	3	6	3	3	3	9	6	5
Absorção de gases venenosos	-	-	-	1	-	-	1	1	2	-
Enforcamento ou estrangulação	5	5	4	7	2	7	7	16	5	10
Submersão	3	3	5	7	3	2	-	4	2	5
Armas de fogo	25	24	25	25	8	22	14	43	39	10
Instrumentos cortantes ou perfurantes	4	3	5	2	2	3	-	-	1	-
Precipitação de um lugar elevado	3	5	2	11	1	2	1	1	3	-
Esmagamento	1	2	-	3	2	2	-	-	2	-
Outros suicídios	2	5	4	8	25	13	21	7	24	29
TOTAL	56	62	59	71	55	60	51	84	95	67

Fonte: Adaptado de Serviço Sanitário do Estado de São Paulo

Entre os anos 1920 e 1929, período de violentos conflitos nas ruas da cidade, resultado de greves, combates e revoltas, pressupôs-se fácil acesso às armas de fogo. Os índices revelaram este recurso como o meio principal para o suicídio, contabilizando 235 suicídios dos 660 registrados, seguido pela categoria de "outros suicídios", somando 138. A ingestão de venenos sólidos ou líquidos foi mapeada como terceiro maior índice, contabilizando 81 óbitos. A busca por armas de fogo e venenos como principais meios para o suicídio, permitiu supor que as mortes aconteciam em sua maioria, em lugares privados, sem possíveis interferências externas, bem como indicou a busca por métodos quase sempre irreversíveis. Podem ser incluídos entre eles o enforcamento, estrangulação e absorção voluntária de substâncias corrosivas.

Referente aos meios empregados entre os anos de 1930 e 1939 um cenário semelhante sobre o uso de armas de fogo e a ingestão de venenos sólidos e líquidos pôde ser identificado. Suicídios por submersão apareceram como mais elevados em comparação com os anos 20, assim como o enforcamento ou estrangulação,

enquanto a precipitação de um lugar elevado apresentou um declínio. O protagonismo das armas de fogo e venenos pode ser resultado da forte repressão que se disseminou na política do período, fazendo com que pessoas buscassem o suicídio em ambientes cada vez mais privados e por meios quase sempre eficientes, sem intervenções ou julgamentos, como permitiu considerar o quadro 2.

Quadro 2 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo segundo os meios empregados (1930-1939)

MEIOS	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939
Ingestão de venenos sólidos, líquidos ou substâncias corrosivas	18	11	11	18	25	32	13	28	39	39
Absorção de gases venenosos	1	1	1	-	1	-	1	1	4	2
Enforcamento ou estrangulação	7	8	11	9	15	11	24	16	15	18
Submersão	1	1	2	7	8	8	10	16	4	11
Armas de fogo	17	4	25	10	21	27	25	29	30	37
Instrumentos cortantes ou perfurantes	-	-	-	-	-	-	2	4	7	1
Precipitação de um lugar elevado	1	1	5	-	-	4	2	2	4	7
Esmagamento	-	1	-	2	1	3	1	-	-	1
Outros suicídios	16	34	15	23	18	20	17	6	11	14
TOTAL	61	61	70	69	89	105	95	102	114	130

Fonte: Adaptado de Estatística Demographo Sanitaria...

O parecer favorável à interdição do paciente F. de A. R. N., que ilustra o caso 12 do compêndio de Pacheco e Silva, revela a busca pela ingestão de veneno como método para o suicídio. Retirado pela família do Sanatório Pinel em 1936, sem alta, ingeriu uma considerável quantidade de estricnina, um alcalóide vegetal de alta toxicidade, em um atentado contra a própria vida. O homem não alcançou seus objetivos, visto que a família conseguiu socorrê-lo a tempo, reinternando-o na mesma instituição, na qual ficou várias semanas sobre constante vigilância por ter continuado "[...] por largo tempo a revelar os mesmos propósitos de suicídio [...]" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 320). O caso indica a preocupação médica diante de pacientes com ideações suicidas, assim como o controle do sentimento de desejo de suicidar-se por intermédio da prática de vigilância nos hospitais psiquiátricos.

A ingestão de venenos sólidos ou líquidos como meio empregado também pôde ser observada na trajetória de Antonio Carlos Pacheco e Silva, autor da fonte principal desta pesquisa. Em seu estudo biográfico sobre o médico, Gustavo Querodia Tarelow afirma que o estopim que condicionou o médico à tentativa de suicídio, foi resultado de uma "[...] acalorada discussão que travou com sua nova esposa em abril de 1964, quando receberia em sua residência Humberto de Alencar Castello Branco (1897-1967) [...] (2018, p. 219). O relato do psiquiatra e amigo de Pacheco e Silva, Paulo de Vaz Arruda, enfatizou a solidão e insatisfação vivenciada pelo médico devido à partida dos filhos, resultado de desentendimentos causados sobre o novo casamento. Conjecturou-se que no enorme palacete vazio em que morava Pacheco e Silva e sua nova e mais jovem esposa, a tristeza e a solidão faziam-se presente, sentimentos que teriam condicionado no médico ao desejo de morrer, ingerindo "dose cavalari" de "um negócio para morrer mesmo", como relatou Vaz Arruda, ficando em coma por 20 dias no Hospital das Clínicas ⁴³. Sendo um membro da elite, importante e influente em vários âmbitos, o caso foi abafado pela mídia, como aponta seu biógrafo.

Ainda que a tentativa de suicídio de Pacheco e Silva tenha acontecido na década de 1960, o evento importa para esta pesquisa, pois permitiu refletir acerca das concepções sobre mortes voluntárias nas classes abastadas. Como elucida Georges Minois (2018), as tolerâncias e intolerâncias sobre o suicídio variam quando dizem respeito às classes, sobretudo, porque casos ocorridos entre as elites, costumavam ficar às escondidas ou analisadas com piedade e compaixão, ao passo que os pobres são quase sempre caracterizados como fracos e insanos, sendo o suicídio patologizado e anormalizado, revelando preconceitos de classes.

O diagnóstico emitido por um psiquiatra sobre aquele que tenta se matar, destacada em diversas passagens do compêndio de Pacheco e Silva (1951), normalmente resultava em interdição e internação em hospitais psiquiátricos de ordem pública ou privada, como exposto no caso de Dona A. B. A. B., diagnosticada como melancólica ansiosa e com desejos suicidas, internada no Instituto Paulista e Sanatório Pinel durante os anos 30 do século XX, além de tantos outros que

⁴³ O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, foi construído entre 1938 e 1944, sendo inaugurado em 19 de abril do último ano, por Fernando Corrêa da Costa (1903-1987). O projeto para sua construção originou-se em 1915, com a assinatura de um convênio entre o Governo do Estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller, para a edificação da sede da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

tentaram dar cabo à própria vida, como Dona D. I. R., também de classe abastada, internada na mesma instituição que Dona A. B. A. B. Entretanto, isto não se aplicou ao médico em sua tentativa, desvelando que alguns corpos poderiam sentir tristeza e buscar a própria morte, como Pacheco e Silva, mas também seu paciente, nomeado como E., enquanto outros não.

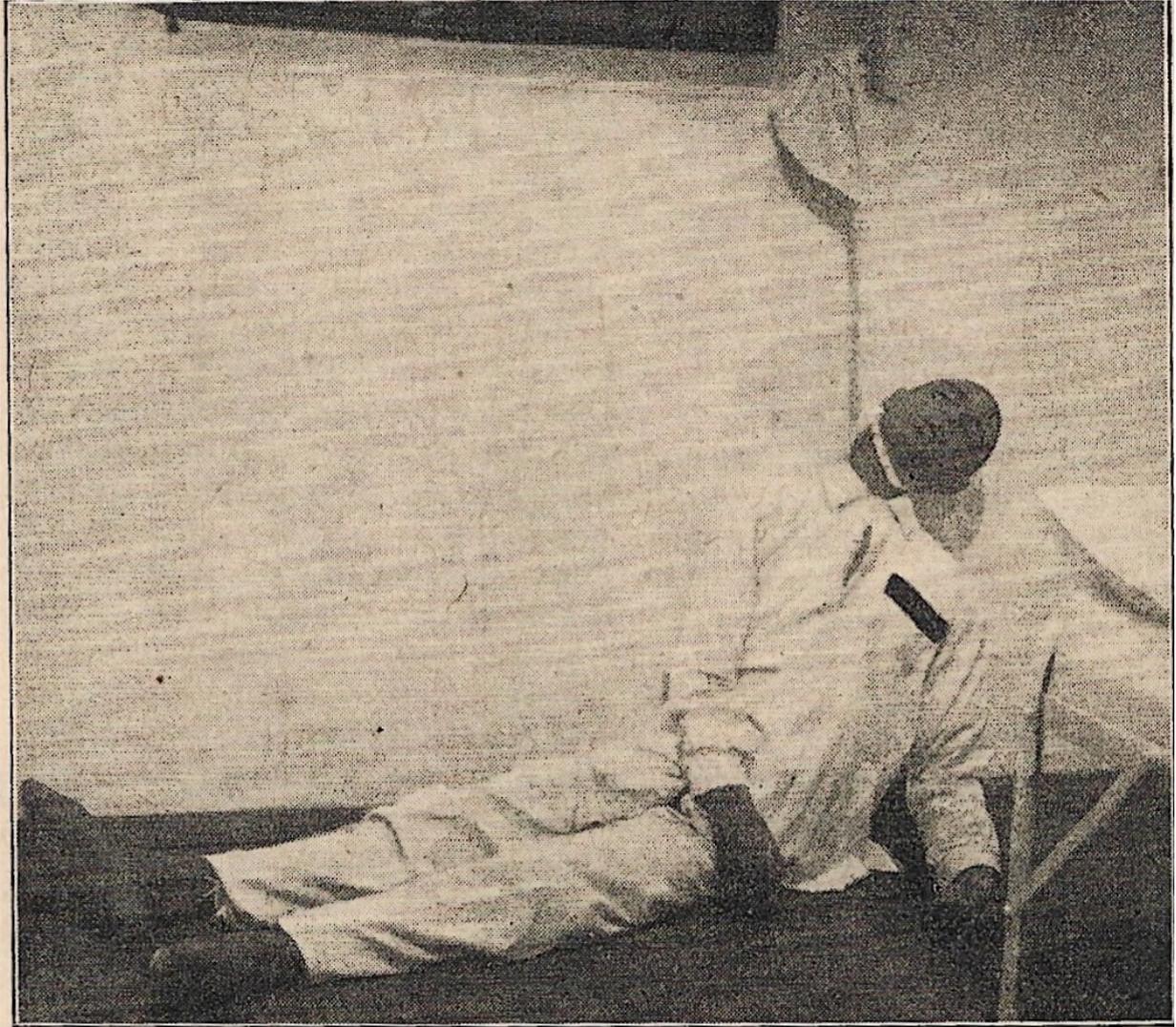
Nos casos "Confusão mental. Toxi-infecção *post-partum*. Infanticídio. Homicídio." e "Epilepsia psíquica. Infanticídios." identificaram-se tentativas e ameaças de suicídio por instrumentos cortantes ou perfurantes. O primeiro caso narra a história de "Benedita M. C.", qualificada pelo documento como brasileira, preta, de idade e estado civil ignorados, procedente do município de Jacareí, interior de São Paulo, internada no Manicômio Judiciário de São Paulo, em 1931, após ser acusada de ter assassinado seu filho recém-nascido. Após o ato, tomada pelo desespero, a mulher tentou se suicidar com golpes de machado. O segundo caso, evoca a trajetória de Dona D. I. R. que, pega pelo marido e funcionários da casa após assassinar seus filhos, ameaçou se matar com uma navalha (PACHECO E SILVA, 1951).

As concepções médicas sobre o feminino entendiam a mulher como biologicamente predisposta a doenças mentais (POLUBRIAGINOF, 2016; TOLEDO, 2019; SIQUEIRA, 2022). É reiterado no compêndio de Franco da Rocha (1904) que o amor materno era instintivo, portanto, natural do corpo e da sensibilidade feminina. Pacheco e Silva retoma estes ideais em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951) como justificativa da anormalidade de suas pacientes, pois ambas externalizaram sentimentos destoantes do esperado e imposto à mulher e da mulher-mãe à época. Elisabeth Badinter (1985), partindo da ordem fabricada sobre o maternar e os sentimentos que atravessam essa experiência na sociedade, afirma que o amor materno é, na verdade, um mito, fabricado socialmente, um sentimento forçado. Nesse âmbito, os diagnósticos de Benedita M. C. e Dona D. I. R. desvelam emoções como doenças e a exclusão da possibilidade de influência de fatores sócio-emocionais que poderiam ter sido condicionantes aos atos delituosos, como o não desejo de ser mãe, a depressão pós-parto, cansaço diante das obrigações com os filhos e família, bem como possibilidades de abuso sexual que incidiu em gravidez indesejada.

O mapeamento desenvolvido sobre o manual de Pacheco e Silva revelou também, que muitos tentavam se suicidar nas instituições manicomiais, o que exigia constante vigilância por parte dos médicos e dos funcionários. Cláudia Polubriagnof e Paulo Fernando de Souza Campos (2016) ao tratarem a prática de enfermagem em manicômios, por intermédio da análise das diretrizes dispostas no *Manual Cuidados aos Psycopathas*, publicado em 1930, por Antonio Carlos Pacheco e Silva, afirmam que, diferente de outros espaços hospitalares, nos quais mulheres eram maioria no cargo, nos hospícios, o exercício da enfermagem era majoritariamente masculino. No que concernia às atividades dos enfermeiros, destacava-se “[...] acompanhar os pacientes em todos os lugares, relacionando o cuidado, objeto próprio da enfermagem, com a vigilância constante; função destacada desde a admissão no hospital” (POLUBRIAGINOF; SOUZA CAMPOS, 2016, p. 128). Diante disso, a admissão de enfermeiros homens era mais comum, por conta da necessidade da força física para o controle dos pacientes, como em tentativas de suicídio e automutilação.

Como pressupõe a imagem disposta no capítulo "Suicídio Normal e Patológico. Relações Médico-Legais entre o suicídio e o Seguro de Vida.", a prática do enforcamento, comum nos complexos manicomiais, destaca à falta de acesso a outros meios para o suicídio, fazendo com que pacientes utilizassem suas próprias roupas ou roupas de cama (quando havia) para cometer o ato. Outros, como descrito em casos apresentados no compêndio, apostavam em automutilação ou agressões autoinfligida como no caso do imigrante sírio José Buc., que batia seu corpo nas paredes da cela. Considerou-se que a busca pelo suicídio de internos também diz respeito ao cotidiano dos hospícios, como as aplicações de terapias biológicas, insalubridade, isolamento e violências, que contruíram para o sentimento de desespero, abandono, dores físicas e emocionais.

Figura 8 – "Suicídio de psicopata. Suspensão parcial do corpo"



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951, p. 576)

A fotografia é a quinquagésima oitava publicada no compêndio de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951), anexada ao capítulo "Suicídio Normal e Patológico. Relações Médico-Legais entre o suicídio e o Seguro de Vida", entre descrições sobre a prática nos diagnosticados de melancolia. Nela, observa-se um homem vestindo uniforme, parcialmente suspenso pelo pescoço com o que supõe-se ser roupas de cama, possivelmente, um lençol, em um ato indicado como suicídio, anunciando o enforcamento como prática comum entre internos melancólicos em complexos manicomiais. A posição que está o paciente nesta fotografia, também permitiu supor que ele não tenha se suicidado, mas tenha sido morto, ou que tenha se suicidado, porém, para fazer o registro fotográfico, os médicos tenham alterado o cenário, pois na altura em que se encontra a corda improvisada com lençóis, não haveria força ou peso para o enforcamento.

Para além dos muros dos manicômios, os dados quantitativos permitiram verificar o uso do meio urbano como métodos empregados para o suicídio, ao passo que indica a busca por precipitação de lugar elevado e submersão para o emprego dos planos de morte. O trabalho desenvolvido por Fernanda Cristina Marquetti (2011) acerca de suicídios em vias públicas da capital paulista no ano de 1995, aponta para a morte voluntária pública como um espetáculo, isto é, com cena, cenário e espectadores, anunciando, de acordo com a autora, um diálogo entre o ato suicida e aquele que o presencia. O suicídio, também é apontado pela autora como uma mensagem para o meio externo ao indivíduo que suicidou-se, isto é, não somente limites de sua dor, mas possíveis conflitos, tensões, sofrimentos atrelados às situações do cotidiano na metrópole.

Avançando o tema na história da metrópole paulista, em especial, nos anos 20 e 30 do século XX, o contexto é marcado por um processo de ampliação e modernização urbana com a inauguração de novos arranha-céus, viadutos, casarões e instituições e, esses espaços, assim como praças e rios, conforme revelaram os dados estatísticos, foram palcos de espetáculos suicidas. Um exemplo simbólico da relação entre o suicídio com o cenário urbano é a busca pelo terraço do Edifício Martinelli ⁴⁴, como aponta Boris Fausto (2009), ao analisar a sociedade paulistana ao longo dos anos 30. Dessa forma, considerou-se o impacto da inauguração do moderno prédio na região central da cidade e como tornou-se um chamariz para a prática do suicídio em vias públicas. Supôs-se que, sendo o primeiro arranha-céu de São Paulo, era o ponto mais elevado e que permitia às pessoas um panorama da vida urbana paulistana e suas contradições.

⁴⁴ Localizado na Rua São Bento, no Centro Histórico de São Paulo, o Edifício Martinelli foi o primeiro arranha-céu da cidade de São Paulo. Construído entre 1924 e 1934, foi idealizado pelo imigrante italiano Giuseppe Martinelli (1870-1946), o projeto idealizava o edifício como o maior arranha-céu da América Latina, planejado para alcançar 100 metros de altura. Como aponta o histórico do edifício disponível em *site* oficial, o autor do projeto da planta era o arquiteto húngaro William Fillinger (1888-1968), da Academia de Belas Artes de Viena. Trabalharam em sua construção mais de 600 operários e 90 artesãos, os detalhes da fachada foram criados pelos Irmãos Lacombe. Originalmente, o edifício deveria ter 12 andares, porém, Martinelli ampliou o projeto, fazendo com que chegasse aos 24, causando problemas e desconfiança dos habitantes da região, que temiam que o prédio caísse. A obra foi finalizada com 25 andares, localizado, no topo, um palacete de mais cinco andares, no qual moraria o seu fundador. Como resultado da Crise de 1929, Giuseppe teve que ceder o edifício para o governo italiano para pagar por empréstimos e, com a Segunda Guerra Mundial, o prédio foi confiscado, passando a ser propriedade da União. Consequentemente, foi abandonado pelo poder público, tornando-se palco de diversos crimes, bem como seu terraço ganhou a fama de "terraço dos suicidas", devido a quantidade elevada de pessoas que buscavam dar cabo à própria vida naquele lugar. Em 1975, o então prefeito de São Paulo, Olavo Setúbal (1923-2008), desapropriou o prédio mediante intervenção do exército e deu início a um projeto de restauração. Atualmente, o edifício é ocupado por diversas repartições municipais, como a Emurb, Secretaria de Habitação e a Cohab.

A ampliação de avenidas, construção de novos e mais altos edifícios e viadutos, como o Martinelli e os viadutos do Chá e Santa Ifigênia, marcam modificações arquitetônicas que impactaram o cenário paulistano, erguidos sob propostas de modernização e embelezamento da cidade. Os suicídios nas vias públicas diante destes monumentos, assim como em parques, praças, rios e lagos, possibilitam reflexões acerca do impacto das propostas de modernização e tecnologias sobre a saúde mental e emocional da população, mas também permitiram conjecturas acerca de violências vivenciadas por pessoas fora de suas casas, como racismo e xenofobia, que reforçavam opressões fabricando sentimentos de tristezas diante da vida urbana. O ato de jogar-se à cidade, isto é, por meio da precipitação de lugares elevados, como permite considerar Marquetti (2011), poderia ser uma forma comunicar à comunidade todo sofrimento que a cidade provocava, ou como o cotidiano na metrópole gerava sensações de pressão e sufocamento emocional, associando o afogamento/submersão em rios e lagos como meio empregado para o suicídio.

Os resultados levantados por intermédio dos dados do SEADE e do manual de Pacheco e Silva, não permitiram aprofundar a análise acerca dos suicídios em vias públicas no período delimitado, pois os casos mapeados apresentam suicídios e tentativas que ocorreram em ambientes privados, nas casas dos pacientes ou em instituições hospitalares. Entretanto, conforme possibilitaram considerar as categorias de métodos empregados apresentados entre 1920 e 1939, suicídios em vias públicas eram comuns no cenário urbano paulistano, apontando para possibilidades de acessar relações entre emoções vivenciadas por pessoas que deram cabo à própria vida e o cotidiano na vida na metrópole e a metrópole como palco de espetáculos suicidas, indicando caminhos para estudos futuros.

Registrando 896 óbitos por suicídio na capital, os anos 30 contabilizaram um aumento percentual de 113,11%. Entre 1929 e 1931, os índices anunciaram uma queda, voltando a crescer em 1932, período em que ascendeu uma revolta paulista, conhecida como Revolta Constitucionalista, contra o governo de Getúlio Vargas. Entre os anos de 1932 e 1939, houve um aumento de 85,7% de mortes por suicídio em São Paulo, com ênfase nos anos de 1937, com 102 mortes, seguido de 1935 (105), 1938 (114) e 1939 (130), cenário que demarca o golpe que instaurou o Estado Novo (1937-1946) por Vargas e o início da Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

Como aponta Fausto (2006), o período é caracterizado de amplas tensões políticas, com o golpe dado por Vargas, a ditadura e perseguições políticas instauradas, crise econômica que movimentou o golpe após 1929, torturas infligidas pela polícia e militares contra militantes e acusados de participarem de movimentos sociais de oposição, a guerra civil em 1932 e o início da Segunda Guerra Mundial.

Rosenwein (2006), ao analisar a construção das comunidades emocionais, permitiu supor o impacto dos acontecimentos históricos na fabricação de emoções, a partir das experiências singulares diante do cenário. Nesse âmbito, foi possível levantar a hipótese de que forma os acontecimentos que marcaram os anos 30 contribuíram, não exclusivamente, assim como em nos anos 20, para os elevados índices, condicionado por emoções intensas de medo, tristeza, ódio, revolta e desespero. Entretanto, devido a ditadura instaurada, também foi considerado uma alteração ou manipulação nos números, isto é, mortes por torturas infligidas registradas como suicídios, justificando o elevado índice neste período.

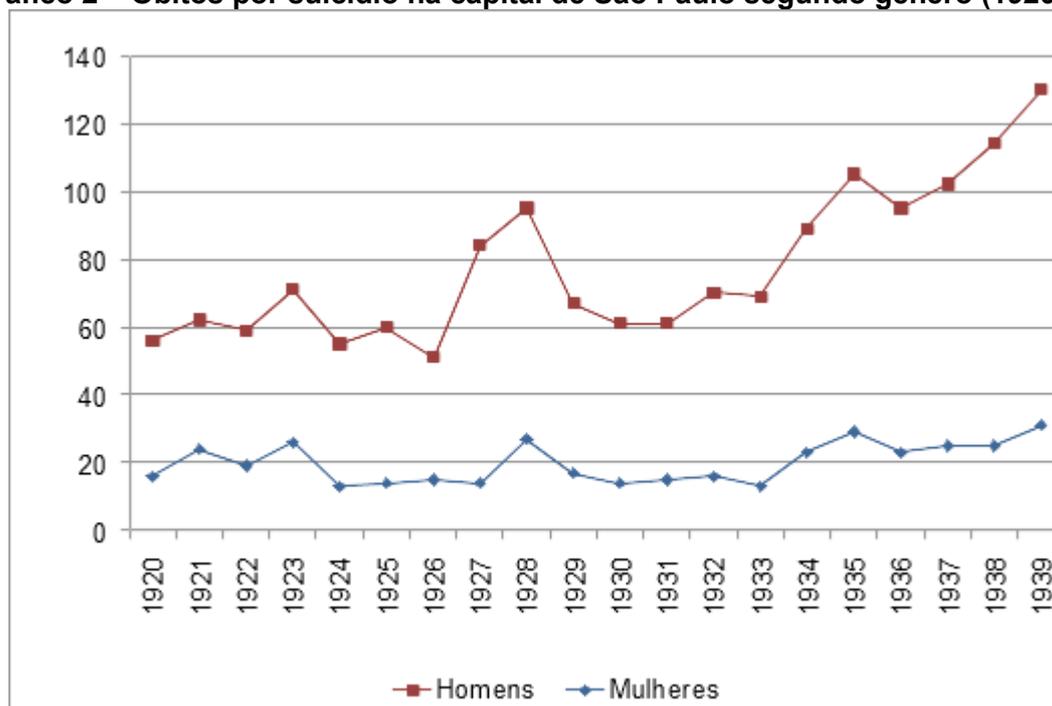
Além dos acontecimentos referenciados, a década de 1930 foi marcada pelo fortalecimento de medidas médicas e sanitárias visando o aperfeiçoamento racial da população brasileira, sobretudo, incentivadas pela política varguista em ascensão, embasado nos pressupostos eugenistas, organicistas e biotipológicos emergente nas ciências biomédicas (WEINSTEIN, 2006; VIMIEIRO GOMES, 2012). Em São Paulo, as teorias embasaram a reorganização da sociedade, estabelecendo uma hierarquização social, através de definições morfológicas e biológicas dos corpos, mentes, comportamentos e sentimentos, o que permitiu considerar, conforme afirma Barbara H. Rosenwein (2011), a criação de "regimes emocionais", que atuaram na regulação do sentir, porém, limitados por uma série de empecilhos que atravessavam os projetos médicos e sanitários sobre o território paulista e as propostas de "sampaular" o país (MOTA, 2005).

Partindo desta perspectiva, considerou-se que os médicos, por meio de discursos e práticas normatizadoras sobre os sentimentos, foram responsáveis pela fabricação de um ideal de comunidade emocional ao construir e impor normas do sentir, diagnosticando e medicalizando sentimentos, enquadrando aqueles que não seguiam padrões estipulados como anormais e doentes, como os "melancólicos" e

“suicidas”⁴⁵, pois representantes às avessas dos ideais que implicavam o projeto de paulistanidade, de sociedade do trabalho, do consumo. Nesse cenário, São Paulo deveria compor um quadro social diametralmente oposto aos demais estados do Brasil, considerados atrasados, bestiais, incivilizados e selvagens, como sublinha a historiografia (SEVCENKO, 1992; FAUSTO, 2006; WEINSTEIN, 2006; VIMIEIRO GOMES, 2012). Dessa forma, a perpetuação de normas do sentimento, alinhadas às que remetiam-se ao corpo e à mente, pode ter contribuído à repressão ou silenciamento das emoções, forjando medo da loucura ou de parecer louco e emocionalmente descontrolado, pois poderia resultar em internação ou interdição de bens por mecanismos institucionais, legais e médicos, os quais administravam órgãos públicos responsáveis pela organização da sociedade paulista, sobretudo na capital.

Não encontrar formas de extravasar as emoções, silenciando-as, como permitiu considerar a história do sentimento, pode gerar intensos sofrimentos psíquicos, condicionando pessoas ao suicídio como forma de sanar a dor, a exclusão, a indiferença, a ruína, o fracasso financeiro. Nesse sentido, como revelaram os registros de óbitos por suicídio nos anos 20 e 30, em quase todos os anos, a maioria das mortes foram de homens, permitindo inferir que o sofrimento psíquico vivenciado e o impacto da repressão emocional incentivada pelo discurso e a ordem médica vigente, como apontado por Jurandir Freire Costa (1979), incidia sobre os homens, muito mais que as mulheres, pois considerações médicas diante das emoções femininas as consideravam naturalmente emocionais, ao contrário dos homens.

⁴⁵ Os termos encontram-se escritos entre aspas, pois seu uso não é correto, ao passo que definem pessoas, provocam estigmatizações e perpetuam preconceitos sobre corpos e sentimentos. Sendo assim, foram colocados no texto desta forma devido as nomenclaturas utilizadas à época delimitada para se referir às pessoas que manifestavam sintomas e quadros de melancolia, conforme a psiquiatria, e que buscavam o suicídio como alternativa para dar fim à própria vida.

Gráfico 2 – Óbitos por suicídio na capital de São Paulo segundo gênero (1920-1939)

Fonte: Adaptado de Estatística Demographo-Sanitaria...; Serviço Sanitário do Estado de São Paulo

Como ilustrado em ambas as linhas do gráfico, na maioria dos anos, é possível observar uma semelhança referente à elevação de registros de óbitos masculinos e femininos. O mesmo ocorre quando há um período de queda, permitindo considerar influências do meio externo nas trajetórias de homens e mulheres no que diz respeito aos sentimentos fabricados no contexto histórico, sem descartar singularidades de experiências sensíveis. Entretanto, nos dois cenários, constatou-se que homens foram maioria no que diz respeito às mortes por suicídio, indicando um intenso sofrimento emocional, muito possivelmente em decorrência do machismo que afeta em alguns níveis os homens e que atravessam suas sensibilidades e suas vidas.

O sofrimento emocional, como aponta Rosenwein, "[...] acontece quando pessoas são forçadas (normalmente pelo regime em vigor) a sentirem de modos muito restritos. Os refúgios emocionais oferecem alívio do sofrimento ao oferecer libertação segura das normas emocionais vigentes" (2011, p. 41). Estes refúgios podem ter sido a busca pelo suicídio se considerado os "frementes anos 20" (SEVCENKO, 1992), em outras palavras, em um contexto histórico de sucessivas mudanças na vida cidadina não somente da cidade de São Paulo, mas de cidades importantes do interior do Estado.

Homens e mulheres foram vítimas do regime emocional forjado pelo discurso médico no período que definia as formas saudáveis e não saudáveis de manifestar emoções, visando um padrão emocional para a sociedade, portanto, idealizando um tipo de comunidade emocional. No entanto, Vincent-Buffault (1988) e bell hooks (2021) afirmam que mulheres foram socializadas para serem mais sentimentais e, como a sensibilidade foi compreendida como algo orgânico e instintivo do feminino, encontraram-se mais propensas a manifestar emoções sem sofrerem com tantas perseguições e julgamentos, enquanto os homens, socializados para serem insensíveis, diante da racionalidade na construção da masculinidade, possivelmente sofreram frente ao silenciamento de suas emoções e encontrando no suicídio um alívio às pressões que refletiam sobre o seu ser.

O mapeamento desenvolvido sobre os casos do manual de Pacheco e Silva (1951), desvelou que dentre os 11 casos delimitados por esta pesquisa (dos 50 que compõem o documento), 8 narram trajetórias e internações de homens, enquanto 3 referem-se à mulheres; 8 relatam tentativas de suicídios, 5 destes são diagnósticos e relatórios masculinos e 3 femininos, dialogando com as informações dos gráficos sobre morte por suicídio segundo gênero entre 1920 e 1939, período que contempla os casos do manual, indicando o sofrimento compartilhado pelos homens em experiências específicas e individuais, porém que se entrecruzam. Conjecturou-se que a situação deriva das normas e padrões emocionais impostos sobre as condutas masculinas, construindo um homem polido e autocontrolado, sem paixões, insensível, que cala e exprime suas emoções.

A história do sentimento permitiu analisar estes cenários de tensão como influentes nas experiências sensíveis individuais e coletivas, podendo intensificar emoções, provocando, dentre outras coisas, como afirma Anne Carol (2020), a devastação e decadência do corpo pela dor, fabricada exemplarmente por sentimentos de medos de doenças e guerras, tristezas pelo luto, desespero devido à miséria e a pobreza, solidão pela sensação de vazio deixado pelo ser amado que foi à trincheira e poderia não retornar ao lar e à família, o ódio e repulsa ao diferente estimulado pelas ideologias racistas, machistas e xenófobas disseminadas. Os índices estatísticos possibilitaram problematizar como esses cenários impactaram em maior ou menor grau sobre o fenômeno do suicídio na São Paulo, condicionando sentimentos de desejos de morte, que amenizassem as dores de existir, pois "[...] o

suicida não necessariamente quer se matar, mas matar uma parte de si mesmo" (CASSORLA, 2017, p. 18), a parte que dói, que encontra-se em estado de desamor.

3.2 Experiências emocionais: interações e interdições de “melancólicos” e “suicidas”

Barbara H. Rosenwein, ao propor o conceito de comunidades emocionais, afirma que o pesquisador que se debruça sobre este campo deve "[...] problematizar os sentimentos do passado, tratando de suas características distintivas. Até os corpos (e [...] os cérebros) são moldados pela cultura" (2011, p. 21). Partindo desta perspectiva, a presente dissertação compreende que, os projetos de organização social e racial sob um ideal de comunidade saudável, forjou um sistema de sentimentos alinhados às propostas de “sampaular” o país. Esta também foi uma estratégia utilizada para caracterizar a paulistanidade, isto é, a identidade de homens e mulheres paulistas, de modo que, aqueles que não se enquadrassem no idealizado e indicado como saudável, poderiam ser inseridos no rol dos “loucos de todo o gênero”, conforme o Código Civil de 1916.

Estudos de referência, especialmente do campo da psicologia e da psicanálise, que analisam a medicalização da vida, dos sentimentos e dos sofrimentos psíquicos, apontam para diversos problemas gerados em consequência de imposições de padrões emocionais com a pretensão de organizar uma comunidade saudável e feliz, bem como voltada para a produção e lucro, conforme pressupostos capitalistas. Tais perspectivas reforçam que sentimentos como sofrimento, tristezas, solidão, mesmo por causas não patológicas, não são diagnosticados normais, resultando na recomendação ou busca por tratamento psicológico ou psiquiátrico para mudar ou anular humores socialmente classificados como negativos, sendo assim, “[...] fazer uma maquiagem no seu psiquismo e seu estado de espírito” (HENRARD; REIS, 2003, p. 38) através da medicamentação.

Pressões acerca da obrigação da felicidade e da produtividade podem contribuir para a autculpabilização, isto é, a associação das sensibilidades e comportamentos como negativos, maléficos e anormais. Como aponta Mayara Souza Ferreira (2017), os sentimentos passaram a ser entendidos como ameaças

que deveriam ser controladas e expurgadas de imediato, de modo que, emoções indesejáveis e intoleradas em sociedade, passam a ser entendidas como doenças, portanto, objetos de investigação médica, destacadamente no âmbito da psiquiatria. Dessa maneira, a medicalização e medicamentação tornaram-se mecanismos para “curar” e anular o sofrimento psíquico (ou sofrimento cotidiano), visando enquadrar pessoas nos moldes comportamentais e sentimentais pré-estabelecidos e indicados como saudáveis para a coletividade.

Mariana Ferreira Pombo (2017), em seu artigo sobre a medicalização do sofrimento na cultura terapêutica, aponta que a formação de um ideal de normalidade emocional forja um padrão inalcançável, seja porque, em muitos casos, médicos criam diagnósticos quando não existem, mas também, “[...] porque vivemos numa sociedade em que a possibilidade de os próprios indivíduos se sentirem vulneráveis e interpretarem o sofrimento como doença está aumentada” (POMBO, 2017, p. 11). Os sofrimentos, por essa via, passam a ser entendidos como empecilhos para o aperfeiçoamento individual e coletivo, conforme concepções de inteligência emocional e supervalorização da felicidade, gerada pela inclusão na sociedade do trabalho e capitalismo. Sendo assim, o aumento de diagnósticos que patologizam experiências sensíveis consideradas negativas, no passado e no presente, amplificam como a história do sentimento atravessam as narrativas médicas e reverberam sobre as relações humanas em todos os âmbitos.

A análise sobre o cenário urbano paulistano nos anos 20 e 30 do século XX, revelou uma preocupação no discurso médico em medicalizar o sofrimento, dada concepções que afirmavam o adoecimento de corpos e mentes diante da vida na cidade grande em contextos de grande agitação, provocando abalos geradores de sentimentos nocivos de ansiedade e de angústia, por exemplo, colaborando para a fabricação de “medos sociais” (MONTEIRO; CARNEIRO, 2012), diagnosticando emoções como doenças mentais. Nesse sentido, a vida urbana como condicionante à “doença emocional” foi identificada, dentre publicações de autoria de Pacheco e Silva disponibilizadas no “Fundo Pacheco e Silva” do Museu de Medicina da FMUSP. Entre os materiais levantados, observou-se no capítulo intitulado “Urbanismo e Medicina”, do livro *Desajustes psico-sociais*, que a psiquiatria pressupunha que homens e mulheres habitantes das grandes cidades se defrontavam “[...] com uma infinidade de problemas os mais díspares, de ordem biológica, psicológica, social,

econômica e cultural, os quais exigem constante esforço, dispêndio de energias, desgastes de forças e conseqüente exaustão física e mental" (1973, p. 170), o que justificaria intervenção médica e sanitária na vida urbana, mas também nos corpos, mentes, comportamentos e sentimentos, para que não fugissem do estipulado saudável e não colocassem em risco os projetos para um futuro idealizado como grandioso pelas elites sobre a capital paulista.

Em *Psiquiatria Clínica e Forense*, a pauta foi identificada no capítulo "Higiene Mental", mais especificamente no tópico "Higiene mental e urbanismo", no qual é sublinhada a urgência da prática da higiene mental nos grandes centros, pois colaboraria como ação profilática contra neurosífilis, toxicofilias, psiconeuroses, alienação mental e também contra o suicídio. A menção ao suicídio diante das ações médicas sobre a vida urbana aponta à emergência do controle das emoções presente na vida paulistana, resultando na fabricação e imposição de normas do sentir para evitar que tristezas e demais sentimentos vinculados à prática do suicídio afetassem a ordem e o progresso idealizado pelas elites emergentes. Diante disso, o controle das emoções, como reitera Anne Vincent-Buffault, é uma estratégia política de organização social mediado pela ação médica, pois "[...] os soluços dolorosos que não podem ser reprimidos provocam a inquietude; eles são, por vezes, índices de patologias" (VINCENT-BUFFAULT, 1988, p. 14).

A constituição do Estado moderno industrial, capitalista e legalista reverberou na constituição da prática psiquiátrica enquanto dispositivo disciplinar, resultando na inserção do saber relacionado ao jurídico. No Brasil republicano, sob pressupostos positivistas, foi conferida maior visibilidade às iniciativas que mobilizaram as práticas disciplinatórias, oferecendo autoridade à medicina higiênica e medicina mental para a organização das cidades e das vidas dos cidadãos (MACHADO *et al.*, 1978; CUNHA, 1986; URQUIZA, 1991; MOTA, 2005). Partindo desta perspectiva, o projeto propunha a atuação médica sobre a cidade e seus habitantes como uma "higiene das cidades", objetivando afastar do meio social aqueles que eram compreendidos como loucos e perigosos, designando-os à prisões, manicômios e casas de saúde. Neste âmbito, foi possível considerar que a patologização dos sentimentos mobilizou esforços em torno da ordem sonhada sobre as grandes cidades e capitais modernas, como São Paulo.

O pensamento defendido por Pacheco e Silva, na década de 1970, referente

à higiene mental nos centros urbanos, foi verificado em suas obras em outros recortes temporais como, por exemplo, em seu compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense* (1940; 1951). Por intermédio dos documentos de autoria do médico analisados por esta pesquisa, foi possível inferir sobre a permanência da defesa da intervenção médica na vida pública e privada nas metrópoles, estendidas sobre as emoções individuais e coletivas ao longo do século XX. A autoridade médica diante das relações sócio-emocionais favoreceram à construção de comunidades emocionais idealizadas, sendo assim, a normatização das emoções repercutia ações de controle das experiências sensíveis mirando à higiene das cidades, da mente e do corpo de seus habitantes, fabricando normas e condutas que incidiam em projetos que estipulavam padrões emocionais, apontando tristezas como sentimentos anormais, doentios e intoleráveis à sociedade paulista, significada como uma “raça de gigantes”, sem espaço para entristecimentos.

As preocupações voltadas para a manifestação de sentimentos tristes, dores da alma e existência reveladas na literatura médica consultada são voltadas, principalmente, às práticas do suicídio relacionadas a esse estado emocional. A temática pôde ser observada em passagens e capítulo específico do compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951), bem como em sua coletânea de textos, intitulado *Palavras de Psiquiatria* (1950) e no livro *Desajustes Psico-sociais* (1973). Ainda que sejam escassos textos voltados exclusivamente ao suicídio na literatura médica, a morte voluntária aparece quase sempre vinculada ao estado melancólico, o que justificaria a urgência de seu controle por vias da medicalização e medicamentação, mas também por intermédio das ações de interdição e internação.

Alinhados, os aparelhamentos médico e jurídico serviram como mecanismos para a organização social e das cidades, sendo assim, também das emoções consideradas perigosas para a ordem idealizada (MOTA, 2003; SOUZA CAMPOS, 2003; FERLA; ALVAREZ, 2011). Dessa forma, como indicado no capítulo "Interdição dos alienados. Loucos de todo o gênero. Curatela. Cessaçã da incapacidade", do manual de Pacheco e Silva (1951), a interdição e internação foram estrategicamente empregadas sobre propostas de segurança, ordem e ideais de civilidade. A interdição, como destacado, era aplicada em casos nos quais a pessoa "[...] em virtude de circunstâncias especiais, não pode ficar sujeito ao direito comum", isto é,

aquele considerado alienado e degenerado, conforme os pressupostos e diagnósticos médicos. O interdito, então, era "o indivíduo a quem se prova do exercício dos seus direitos [...]" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 649).

Pressupunha-se, na interdição, a necessidade de um curador, isto é, a designação de um responsável pelo cuidado e zelo dos interesses e bens do interdito. Conforme o Artigo 446, do Código Civil vigente apresentado no compêndio, estavam sujeitos à curatela os considerados "i) Os loucos de todo o gênero (arts. 448, n.º 1, 450 e 457); ii) Os surdos-mudos, sem educação que os habilite a enunciar precisamente a sua vontade (arts. 451 e 456); iii) Os pródigos (arts. 459 e 461)" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 649) ⁴⁶. Por essas vias, poderiam solicitar interdição, pais ou quaisquer responsáveis legais, o cônjuge ou parentes próximos e o Ministério Público, este último, segundo Artigo 448 do Código, "[...] só promoverá a interdição: i) No caso de loucura furiosa; ii) Se não existir, ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas no artigo antecedente n.os i e ii; iii) Se, existindo, forem menores ou incapazes" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 650). A medicina-legal, dessa forma, emergiu enquanto reguladora social, bem como, implicou a formação e imposição de regimes emocionais, associando algumas manifestações emocionais, como tristezas e o desejo de morrer como atos de loucura e indício dos estigmas degenerativos.

Partindo do exposto, o caso do paciente E., permitiu analisar a ação da solicitação de interdição por parte da família visto que, ao julgá-lo como "esquisitão" e "incapaz", supostamente devido às suas condutas e comportamentos "pessimistas", "melancólicos" e "de inércia", solicitou, não só uma, mas por duas vezes a interdição de seus bens. Foi observado no caso que a família do paciente havia tentado interditá-lo e interná-lo pela primeira vez 16 anos antes do exame feito por Pacheco e Silva quando, levado à força para uma casa de saúde e diagnosticado como "nevropata" (PACHECO E SILVA, 1951).

⁴⁶ Datado de 1916, o Código Civil vigente no período delimitado por esta pesquisa, apresentava características hoje compreendidas como preconceituosas e discriminatórias acerca de pessoas que apresentavam transtornos mentais, intelectuais ou físicos. Termos como "loucos de todo o gênero" e "surdos-mudos", por exemplo, não são mais utilizados ou reconhecidos legalmente, graças à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que foi incorporada à prática do direito brasileiro mediante Decreto Legislativo n. 186, de 9 de Julho de 2009 e sua promulgação pelo Decreto Executivo n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Através disto, a Lei n. 13. 146, de 6 de Julho de 2015, regulamentou a Convenção. Entretanto, observa-se como o processo foi demorado, tornando-se algo ainda muito recente, revelando a extensão histórica e permanência do preconceito e da linguagem discriminatória que ainda refletem em nossa sociedade.

Ao descrever o estado mental do qual o paciente se encontrava, o médico afirmou 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, p. 418). O relatório médico enfatizou que sua característica melancólica e misantrópica era também consequência, além de fatores de hereditariedade, da proximidade e interesse aos estudos sobre filosofia, da preservação da "solterice", de não ter tido filhos e constituído família conforme os costumes da época, bem como o fato de não precisar trabalhar por ter sido rico o suficiente, mantendo-se em casa por longos períodos em isolamento. O isolamento, acompanhado do silêncio do paciente, e seus hábitos não convencionais à época, como a constituição de vida em família, eram ações contrárias ao idealizado para os homens, sobretudo, os de sua classe social. A manifestação do desejo de isolar-se, manter-se solteiro, isto é, não contrair matrimônio, era compreendido como indício de decadência mental e enlouquecimento diante das normas sobre o viver na São Paulo, o que pode ter motivado a família ao levantamento do pedido de interdição.

A misantropia, assim como o *spleen*, foram relacionados com o diagnóstico feito sobre o caso, posto que os médicos consideravam as críticas sociais feitas por E., um indício de psicastenia, doença considerada semelhante à melancolia, devido relações históricas com estados afetivos, ou seja, a presença de acabrunhamento, abulia, tendências depressivas e pessimistas (CASTEL, 2020). O discurso apresentado no caso indica que, devido a ascendência inglesa de E., o paciente era predisposto ao estado melancólico, ao pessimismo e à misantropia, mas sem os atavismos dos quadros degenerativos comuns aos tipos considerados rudes como os miscigenados, pois pressupostos eugênicos do período, aplicados na prática psiquiátrica de Pacheco e Silva, consideravam alguns imigrantes ou descendentes de imigrantes biologicamente "benéficos" para o processo de branqueamento e formação de uma "raça brasileira", como os ingleses, enquanto outros eram vistos como perigosos à ordem idealizada, como japoneses e chineses, por exemplo (MOTA, 2003; CARNEIRO, 2012; FAUSTO, 2014). Tais justificativas foram observadas na conclusão do caso e a não interdição do paciente, pois diagnosticado como "[...] nevropata, sujeito às oscilações de depressão psíquica e abulia, mas não é louco" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 420). O texto do diagnóstico permitiu verificar as várias tentativas de apontar a não degenerescência e a não "loucura" do

examinado. Dessa forma, E. não foi enquadrado nos estigmas presentes em indicados como “loucos de todo o gênero”.

A modernidade atravessada por novas formas de compreender e vivenciar emoções fabricou novos sistemas do sentir que resultaram em normas e padrões, favorecendo a formação de um ideal de comunidade emocional. Partindo desta perspectiva, foi observado como a medicina pretendeu organizar comunidades sociais por intermédio da medicalização do sentir como parte das ações eugenistas, higienistas e sanitárias, implicando não somente na saúde do corpo, mas dos sentimentos, como foi possível considerar a partir do texto de Pacheco e Silva intitulado "Evite a neurose, durma", publicado no jornal *Guia do Lojista* (1970). Neste artigo, o médico menciona a urgência da "higiene das emoções" como ação para o controle dos sentimentos considerados doentios como as diferentes tristezas, depressões e melancolias.

Estudos de referência apontam que a higiene foi uma estratégia que visava conter os considerados perigos gerados no processo de urbanização e controlar as populações tornando-as produtivas e, ao mesmo tempo disciplinarizadas, em prol das propostas capitalistas de modernidade e ideais republicanos (MACHADO *et al.*, 1978; FERREIRA; LUCA, 2011; SILVA, 2011). Os documentos médicos analisados por esta pesquisa e que contemplam o período da ditadura militar (1964-1981), sublinham que as repressões e opressões emergentes do golpe, além de reverberar no controle violento e vigilância sobre as pessoas, suas vidas e relações, refletiram nas exigências de supressão e silenciamento das emoções, sob pressupostos de higiene (PACHECO E SILVA, 1962; 1970; 1973). A atuação médica, alinhada à ditadura, não se limitou aos espaços urbanos, no corpo e na mente, mas permaneceu expandindo-se aos sentimentos, à intimidade da vida e do sentir, apoiando-se nos projetos de sampaulização do país, permitindo levantar a hipótese de que pretendia-se uniformizar os sentimentos conforme valores emocionais paulistas, incentivando o sentir paulistaneamente, pois considerado feliz, superior, orgulhoso e vigoroso, bem como saudável, conforme propostas de higiene perpetuadas.

Sendo assim, a higiene das emoções era considerada tão importante quanto a higiene física, mental e moral, pois os sentimentos, afetividades, vontades e ideações, como aponta Pacheco e Silva, em *Psiquiatria Clínica e Forense*, deveriam

ser devidamente controlados para não colocarem em risco a ordem e progresso idealizado pelos ideais republicanos de paulistanidade. Partindo da concepção sobre sistemas de sentimentos, Barbara H. Rosenwein (2011) permitiu supor a organização de comunidade emocional idealizada e fabricada por intermédio dos discursos e narrativas médicas, que refletem os interesses das elites intelectuais e políticas. Assim, através dos objetivos das práticas da higiene e seu impacto sobre as emoções, foi possível inferir sobre a organização da sociedade paulista, em todas as esferas, vale dizer, física, moral, mental, comportamental e emocional, com o objetivo de construir o "corpo ideal", portanto, a "identidade brasileira" fundada em pressupostos eugenistas vigentes.

Entretanto, como revelado no caso do paciente E., as normas sobre o sentir e propostas de higienização das emoções não se aplicavam para todos, evidenciando limites e contradições acerca de tais práticas, possivelmente em consequência dos pressupostos eugenistas sobre hereditariedade, gênero e raça, mas também de classe social, visto que o examinado, ainda que manifestasse emoções tristes, consideradas contrárias às diagnosticadas como saudáveis, não foi internado como louco ou teve seus bens interditados. A situação permite a hipótese de que pessoas influentes na sociedade, classificadas como biologicamente benéficas aos projetos raciais no país, tinham mais chances de continuar suas vidas e gerir seus negócios e interesses, não sendo designadas às instituições manicomiais ou sendo interditadas, mesmo ao manifestar emoções e comportamentos diagnosticados como nocivos para a coletividade.

Oposto a situação de E., foi analisado o caso de "Dona A. B. A. B.", interdita no ano de 1930, mediante à solicitação requerida pelo "Dr. M. E. Q.", advogado e procurador de seu falecido marido, "Dr. J. E. A. B.", enquanto estava internada no Instituto Paulista, sob diagnóstico de melancolia ansiosa com desejos suicidas. Responsáveis pelo caso, Enjolras Vampé e Hermenegildo Urbina Teles, atestaram a incapacidade civil da paciente, com sentença oficializada por João Manoel Carneiro Lacerca, Juiz de Direito substituto da 2ª Vara de Órfãos, em 4 de junho de 1930 (PACHECO E SILVA, 1951). A relação interdisciplinar entre Direito e Psiquiatria impactaram sobre as experiências femininas, seja em casos jurídicos movidos por mulheres ou contra elas. Nesse sentido, Lucciano Franco de Lira Siqueira (2022), afirma que:

Devido sua justificação biológica, estudar as diferenças e os papéis sociais manifestos pelo gênero constituía parte fundamental para a compreensão e articulação médico-jurídica da loucura, da doença e do crime. Nessa perspectiva, a mulher se torna uma construção cultural, que assinala uma experiência social específica, marcada pelo uso dos discursos de poder que pretenderam mantê-las submissas ao patriarcado, simultaneamente, valorizadas no processo reprodutor da sociedade, como elemento central para a manutenção populacional sadia, o que justificava a intervenção médica. (SIQUEIRA, 2022, p. 130)

O aparelhamento médico-legal foi usado como mecanismo para assegurar a manutenção da ordem sobre corpos, mentes, comportamentos, mas também dos sentimentos de homens e mulheres. Por esta via, foi possível supor que a interdição, assim como a internação, eram meios de contenção e controle sobre os corpos de que externalizavam emoções entendidas como transgressoras e patológicas (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016). No caso de Dona A. B. A. B., a hipótese levantada permitiu inferir que, além de uma forma de conter o sentimento de melancolia e o desejo de morte que a mulher manifestava, as ações frente ao caso refletem o pensamento machista que entendia que a mulher, em sua experiência sensível, seria incapaz de cuidar de seu patrimônio, necessitando de um homem para administrá-lo. Ambas situações anunciam a compreensão do sentimento como anormal e patológico, mas também perigoso diante de situações do cotidiano, no caso de Dona A. B. A. B., o controle de seus bens e negócios de família, enquanto uma mulher abastada, herdeira do falecido marido.

O caso revela diversas manifestações de sentimentos tristes acompanhados de ideias suicidas, o que pôde ter incidido em na internação, pois como revelado pelo documento, só era recomendada a internação de “melancólicos” quando ideias e/ou tentativas de suicídio fossem verificados nos quadros. Dessa forma, Dona A. B. A. B. ficou internada no Instituto Paulista até 20 de outubro de 1931, sendo removida para o Sanatório Pinel, ambas instituições privadas, saindo com alta, em 22 de janeiro de 1935. Neste período, a paciente, “não se conformando com a privação dos seus direitos civis, uma vez que se julga restabelecida, [...] requereu o levantamento para proceder a novo exame mental [...]” (PACHECO E SILVA, 1951, p. 659). Dona A. B. A. B conseguiu, por via da lei, reaver seus bens, pois como sugere o título de seu caso, “visto haverem cessado os motivos da incapacidade”. O

processo movido pela própria paciente demonstrou que era conhecedora de seus direitos e da lei, o que aponta a educação e instrução que tinha. Nesse sentido, o parecer afirma que:

Em novembro de 1934 a paciente foi melhorando do estado geral e as melhoras físicas se acompanharam de modificação do estado mental. Desapareceu a anestesia afetiva em que vivia, foi-se interessando pela situação, mantendo constante comunicação com a família, manifestando vontade de sair. Queria deixar o hospital para retomar suas funções de mãe de família. Não se conforma com a sua situação de interdita. (PACHECO E SILVA, 1951, p. 660)

A inexpressividade imposta pelas normas disseminadas tornou-se cultural, assim como o controle e o silenciamento das emoções em prol de um projeto de modernidade e civilidade (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016). Sendo assim, o excerto do caso permitiu considerar que Dona A. B. A. B. recebeu alta quando manifestou sentimentos entendidos como saudáveis frente ao padrão estabelecido para o feminino no período, isto é, o desejo de retomar suas funções enquanto mãe e dona de casa, demonstrando alegria e interesse por sua vida de antes. A “transformação” emocional da mulher, de forma natural ou estratégica, contribuiu para o recebimento de alta da instituição manicomial que estava internada durante cinco anos. As emoções consideradas doentias, ou seja, o sentimento de tristeza e a vontade de dar cabo à própria vida deveriam ser reprimidas e caladas para que pudesse ser considerada recuperada de sua “moléstia” e reaver seus bens, então, sob os cuidados do advogado e procurador.

A mulher paulista considerada ideal, pertencente à “raça de gigantes” e de “alma bandeirante”, deveria apresentar padrões físicos e emocionais, conforme pressupostos eugenistas, biotipológicos, organicistas e higienistas. No âmbito do sentimento, como anunciado por estudos de referência, as mulheres deveriam manifestar afetividade, amorosidade, zelo, gentileza e, principalmente, docilidade (POLUBRIAGINOF, 2016; TOLEDO, 2019; SIQUEIRA, 2022). Em capítulo intitulado “A mulher paulista no atual momento brasileiro”, publicado no livro *Palavras de Psiquiatria* (1950), Antonio Carlos Pacheco e Silva afirma que a mulher é apurada de grande sensibilidade, porém, que esta mesma sensibilidade deveria ser controlada, pois em demasia, poderia ser indício de patologias mentais. O caso de Dona A. B. A. B. sublinha experiências sensíveis consideradas subversivas e transgressoras diante

do diagnosticado saudável. Sendo assim, a tristeza, o desinteresse pelos filhos e tarefas voltadas ao lar e à religiosidade e o desejo de dar fim à própria vida, foram justificativa para sua internação, interdição e o diagnóstico de melancolia ansiosa emitido em parecer psiquiátrico, revelando projetos de normatização, medicalização e medicamentação das emoções por intermédio da psiquiatria nas primeiras décadas do século XX em São Paulo.

Pesquisas desenvolvidas sobre mulheres internadas em instituições psiquiátricas no decorrer do século XX, enfatizam o impacto das normas e padrões impostos sobre o feminino no período emergentes da ordem médica vigente, sob propostas de saúde da raça e preservação de interesses das elites políticas e intelectuais, constituídas majoritariamente por homens brancos (PEREIRA, 2016; TOLEDO, 2019; SIQUEIRA, 2022). O caso de Dona A. B. A. B. é um exemplo de preconceitos disseminados sobre o corpo e sensibilidade feminina, entretanto, diferente das mulheres pretas e pobres, compreendidas pelo discurso médico como degeneradas, Dona A. B. A. B., branca e rica, obteve alta e reouve os direitos civis que lhes foram retirados por intermédio da interdição, revelando as diferenças sociais entre pobres e ricos, pretos e brancos emergentes do racismo na sociedade, pois os pobres, como Benedita M. C., raramente tinham alta quando internados nos hospícios, muitos foram esquecidos e abandonados pela família e morriam à mingua (CUNHA, 1986; ARBEX, 2013; TARELOW, 2013).

Como desvelado pela epistemologia histórica do sentimento, exprimir, calar e ter o domínio sobre as emoções eram impostos pela medicina como bem-viver alinhado a projetos de vida considerado saudável, mas que resultou em propagação de intolerâncias e preconceitos sobre manifestações emocionais. Courtine e Haroche (2016) apontam que a domesticação dos olhares, das posturas e dos discursos visaram construir uma máscara sob os sentimentos, sendo assim, foi possível considerar que reprimir sentimentos e suas expressões era interpretado sinônimo de civilidade, modernidade e cidadania, que constituiria a identidade da sociedade paulista, isto é, a paulistanidade. No caso de Dona A. B. A. B., o diagnóstico médico indicou que sua sensibilidade foi entendida como anormal pela “excessiva” tristeza manifestada e o desejo de morrer. Impunha-se à mulher a manifestação de uma felicidade através da gentileza, gracejos moderados e sorrisos, mesmo que sua realidade seja de intenso sofrimento, visto que:

As mulheres têm uma maior capacidade de enternecer-se, mas é melhor não abusar dela, pois nesse momento tornam-se presa da sua natureza ou de sua insípida sentimentalidade: prefere-se que elas sejam corajosas e sorridentes, mesmo se, na solidão, elas saibam saborear, com piedade ou deleite, o prazer das lágrimas. (VINCENT-BUFFAULT, 1988, p. 226)

No contexto histórico analisado, o controle das emoções remetia-se ao controle de si e dos excessos. Partindo desta perspectiva, emoções entendidas como exacerbadas colocavam em risco o indivíduo mas também, e principalmente, a comunidade, exigindo intervenção médica, internando-a e interditando-a, sob requerimento da família, cônjuge ou pelo Ministério Público. Os casos de E. e Dona A. B. A. B. revelam propostas de "higiene das emoções", por intermédio da repressão do sentir e ideais de medicalização e medicamentação do sentimento que atravessaram a vida urbana paulistana, bem como anunciam o funcionamento médico-legal diante de processos de interdição e internação de pessoas à época.

Os casos de F. de A. R. N. e de João P. S., também evidenciaram pedidos de internação e interdição, no entanto, não por intermédio da família ou conjuges, como nos dois casos analisados anteriormente, mas por determinações legais, requeridas pelos Juiz de Direito da Comarca de São José do Rio Pardo, José Francisco de Oliveira, no primeiro caso e, no segundo, o Juiz de Direito da 2ª Vara Criminal de São Paulo, este não nomeado pelo relatório. Em ambos os casos não houve crimes, como nos casos de José Buc., Kadota M. e Dona D. I. R., entretanto, devido ao parecer médico que os enquadrava como doentes e alienados, os homens foram recolhidos e internados em manicômios privados, possivelmente por suas condições abastadas, em decorrência de manifestações emocionais consideradas perigosas para si próprios e a coletividade, sugerindo a criminalização de suas emoções.

Sob o diagnóstico de parafrenia, o parecer emitido sobre F. de A. R. N. narra sentimentos de perseguição e desconfianças acerca de infidelidade conjugal como geradores de intenso sofrimento psíquico, planos de vinganças contra supostos perseguidores e contra a esposa. As sensibilidades indicadas no caso contribuiu para que os médicos o julgassem e diagnosticassem como uma pessoa perigosa para si e para os outros, pois os planos de vingança incluíam homicídios e ideias de suicídio. A narrativa também indicou que, em consequência da tristeza da qual era

acometido, bem como do rancor contra a família e esposa, buscou suicidar-se por ingestão de veneno, resultando em segunda internação no Sanatório Pinel, após retirada sem alta poucos meses antes.

Supostamente um homem de posses, dada sua internação em instituição privada, foi diagnosticado com parafrenia ou um delírio sistematizado alucinatório crônico, cabendo, dessa forma, além da internação a interdição de seus bens. Como foi possível conjecturar por intermédio da análise do documento, a esposa não levantou o pedido, sendo assim, conforme o Código Civil de 1916, o caso poderia resultar na ação movida pelo próprio Ministério Público. Diante do exposto, o parecer assinado por Antonio Carlos Pacheco e Silva e Cantídio de Moura Campos sobre o quadro do paciente, definiu, em 16 de junho de 1939, que "Nas condições atuais de saúde, o interditando não pode gerir sua pessoa nem administrar seus bens." (PACHECO E SILVA, 1951, p. 320).

O parecer emitido afirmou que ainda que houvesse "intervalos de lucidez", não poderia administrar seus bens e sua própria pessoa, sendo considerado insano e incapaz. Ao discutir os processos de interdição e curatela, focalizando o entendimento histórico e socialmente construído diante das concepções sobre "doença mental", Maria Bernadette de Moraes Medeiros destaca que o Código Civil de 1916, então vigente, não abria exceções diante dos "graus" ou "natureza" da "insanidade" do interditando, de modo que "ainda que o alienado tivesse intervalos de lucidez, todo e qualquer de seus atos praticados era ato nulo, ou anulável" (MORAES MEDEIROS, 2006, p. 12), retirando todos os direitos da pessoa interditada, sob justificativa de prevenção e cuidado sobre os bens e interesses do mesmo.

A narrativa destaca o peso da tentativa de suicídio diante da privação dos direitos civis de F. de A. R. N., pois ideias, desejos e tentativas de infringir a própria morte eram consideradas anormalidade, perversidade e imoralidade, ao mesmo tempo, indicava doença ou "alienação mental", como reiterado pela historiografia do suicídio (SILVA MELEIRO, 2003; CASSORLA, 2017; MINOIS, 2018). Apesar de não haver tópico referente ao suicídio ou tentativas cometidas por pessoas sob diagnóstico de parafrenias, no capítulo sobre a morte voluntária do manual, é enfatizada a necessidade de intervenção e intensa vigilância médica sobre pacientes

que manifestassem ideações ou tentativas, o que justificaria a ação médica em qualquer quadro nosológico no qual o suicídio fosse cogitado pelo examinado.

Desta forma, os resultados de pesquisa indicaram o controle das emoções a partir das experiências sensíveis de F. de A. R. N., isto é, como seus medos, desconfianças e tristezas, mas também sua raiva e ódio foram diagnosticadas perigosas e novicivas, enquadrando-se nas descrições nosológicas da parafrenia. O parecer médico reitera que as sensibilidades foram interpretadas por amigos e família do paciente como descontroles indicativo de delírios. Manifestar-se rancoroso, magoado, triste, ao invés de exprimir emoções atribuídas aos homens considerados sãos, bem como sua tentativa de suicídio, reverberaram em sua internação e interdição solicitada pelo Ministério Público.

Situação semelhante pôde ser analisada no caso de João P. S., no qual é revelado que o quadro patológico indicado como sendo psicose maníaco-depressiva emergiu de episódios de "abalos morais", resultados de grandes emoções vivenciadas pelo paciente ao longo de sua vida (PACHECO E SILVA, 1951). João P. S. foi levado à força por amigos e família do Estado do Rio Grande do Sul a São Paulo de trem, possivelmente pela Ferrovia do Contestado, também conhecida como Itararé-Uruguaí, que interligava os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O caso revelou que o paciente foi julgado insano em momento de manifestação agitação e "tagarelice", quando narrou experiências espíritas vivenciadas em uma viagem.

João P. S. foi internado em outras duas instituições psiquiátricas ao longo de sua vida, inclusive fora do Brasil. Dentre as instituições apresentadas no documento, verificou-se o Hospício de São Pedro ⁴⁷, no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul e na "Casa de Saúde do Dr. Etchepare" ⁴⁸, em Montevidéu, no

⁴⁷ O Hospício de São Pedro foi a primeira instituição psiquiátrica de Porto Alegre e da Província de São Pedro. Fundado em 13 de maio de 1874, só foi oficialmente inaugurado dez anos depois, no dia 29 de junho, data comemorativa consagrada ao santo que nomeia a instituição.

⁴⁸ A nomeada Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare, de caráter público, localiza-se próximo à cidade de Santa Lúcia e fica a 70 quilômetros de Montevideo, no Uruguai. Foi fundada em 1912 durante o governo de José Batlle y Ordóñez, sobre a proposta de diminuir a quantidade de internos do Manicomio Nacional. Como apontam Margarita Arduino e Ángel M. Ginés (2013), nem todos os pacientes internados na colônia possuíam transtornos mentais, de modo que diversas pessoas em situação de rua, entendidas como "vagabundas" pelo governo, eram internadas a mando da justiça. Muitos estrangeiros de diversas nacionalidades também foram designados à instituição, assim como o paciente João P. S., que figura o caso 15 do manual *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951). No texto do caso, a instituição aparece como "Casa de Saúde do Dr. Ehtchepare", com um possível erro na datilografia.

Uruguai. As internações distantes revelaram um possível sentimento de vergonha da família sobre João P. S. e o desejo de afastá-lo do local em que moravam, bem como indicou concepções acerca da medicina paulista que atravessavam as fronteiras do Estado, isto é, um local considerado de modernos e eficientes tratamentos, o que pode ter colaborado para a busca da família por instituição manicomial em São Paulo à terceira internação.

Apesar do projeto de medicalização da sociedade brasileira, os profissionais médicos e suas práticas eram limitadas diante dos desafios enfrentados pelo território brasileiro. Ao abordarem as ações médicas e sanitárias disseminadas nos sertões e áreas rurais, o impacto da reorganização dos serviços públicos e criação de escolas modelos voltadas às práticas de saúde, que figuraram São Paulo como uma "cidade-laboratório", André Mota (2003) e Márcia Regina Barros da Silva (2003), apontam para o deslocamento de diversas pessoas de outros estados e regiões para a metrópole paulista, em busca de tratamentos considerados mais eficazes contra diversas doenças. Dessa forma, os casos de João P. S. e F. de A. R. N., mas também de José Buc., Kadota M. e Dona D. I. R., revelaram o deslocamento de cidades interioranas em busca de tratamento na capital paulista, possibilitando considerar o impacto da cidade de São Paulo como referência de saúde no país.

Como analisado no parecer favorável à interdição de João P. S., emitido pelos médicos Antonio Carlos Pacheco e Silva e Francisco Marcondes Vieira, os momentos indicados como sendo de "agitação" causados por envolvimento político, a profunda tristeza resultado do luto de um primo querido e suas experiências associadas ao Espiritismo, foram associados à narrativa médica como resultado de "emoções fortes", resultando no diagnóstico de psicose maníaco-depressiva e no levantamento do requerimento de interdição, ao que indica, movimentada pelo Juiz de Direito da 2ª Vara Criminal de São Paulo. Diante do exposto e por meio dos pressupostos da história do sentimento, foi possível inferir que as experiências emocionais de João P. S. foram diagnosticadas como doentias não somente pelos médicos, mas também pelos familiares e amigos, o que revelou, como nos casos de F. de A. R. N., E. e Dona A. B. A. B., a influência dos padrões impostos sobre o sentir no âmbito intrafamiliar, na educação, nos hábitos cotidianos, na vida privada, revelando a construção de um ideal de comunidade emocional, não somente em São

Paulo, mas no Brasil, posto que o caso de João P. S. remete-se a uma família oriunda do Rio Grande do Sul.

Por intermédio das teorias raciais, baseadas nas teorias evolucionistas de Darwin e do darwinismo social, "o racismo científico foi abraçado quase em sua unanimidade [...], inclinando os ideais liberais, refreando suas tendências igualitárias e democratizantes e erigindo bases para estruturas sociais e políticas autoritárias" (MOTA, 2003, p. 13). Essas políticas autoritárias, refletidas nas ações sanitárias e de higiene, alinhadas às teorias eugenistas e organicistas, que miravam para a busca de um perfil brasileiro, contribuíram para a fabricação de um tipo ideal, não somente físico e mental, mas também emocional da população. Em vista disso, como permite supor Barbara H. Rosenwein (2011), os discursos médicos operaram, dentre suas práticas, à normatização das experiências sensíveis, categorizando emoções positivas e negativas, constituindo um regime emocional, que reverberou no silenciamento das emoções como indício de saúde e a manifestação pública de emoções como algo negativo, portanto, doentio, que poderia impactar em intervenção médica e jurídica.

Foi observado como essas concepções invadiram a vida pública e privada, tornando-se cultural, o que indica a organização de um projeto de comunidade emocional e o impacto do saber psiquiátrico e jurídico em suas estruturas. Os estudos de referência sobre a medicalização da vida e dos sofrimentos, permitiram verificar a imposição da felicidade como norma e a associação de emoções tristes como algo inaceitável e intolerável dentro das comunidades sociais (HENRARD; REIS, 2013; BRUCKNER, 2014; FERREIRA, 2017). Os casos de E., Dona A. B. A. B., F. de A. R. N. e João P. S., indicaram relações entre Psiquiatria e Direito como mecanismos de controle das emoções, também colocadas em prática por intermédio dos processos de internação e interdição daqueles que manifestavam experiências sensíveis consideradas transgressoras, subversivas e perigosas, ainda que questões de "raça" e classe pudessem ser decisivos para uma permanência – ou não – na vida reclusa, intramuros.

Nesse bojo, os casos do manual de Pacheco e Silva analisados nesta dissertação, anunciaram como o controle dos sentimentos invadiu, em maior ou menor grau, a vida pública e privada, visto pedidos de interdição e internação movimentados contra pessoas que manifestavam sentimentos tristes e ideias e

desejos suicidas. Essas ações destacaram de que forma o discurso médico-legal atravessou os muros dos espaços nosocomiais e se enraizaram na vida urbana, na vida pública e privada, reproduzido pela sociedade, dado que muitos pedidos de internação e interdição são levantados por família e cônjuges. Dessa forma, a repressão e o silenciamento dos sentimentos tornado cultural, resultou na fabricação de regimes emocionais, ações violentas e de interesse não só por parte do Estado, mas das pessoas próximas, enfatizando medos sociais, desconfianças, repulsas diante das emoções do outro, principalmente diante das normas perpetuadas sobre projetos para a identidade nacional.

3.3 Quem ousaria ser infeliz na metrópole paulista?

Etimologicamente, a palavra "felicidade" advém do grego *phyo*, que conota "fecundo" ou "produtivo". As palavras "feliz" e "felicidade" também foram registradas no latim como *felix* ou *felicis*, associadas à "fertilidade" e "sorte", dessa forma, "do que a felicidade depende irredutivelmente, é de boa sorte" (WALTON, 2007, p. 349). Na perspectiva filosófica, ser feliz remete-se ao equilíbrio e harmonia na prática do bem, alcançada através do estado de tranquilidade ou da satisfação dos desejos, isto é, ganho físico, material e emocional. Neste sentido, associada à fecundidade e fertilidade, felicidade evoca vida e nascer, oposto à tristeza, que provém do latim *tristitia*, traduzido para um "estado de desânimo", ou infelicidade. Carregada do prefixo "in", indica privação ou negação, movimento contrário ou "para dentro", a infelicidade, do latim *infelicitas*, portanto, significa infertilidade, sem sorte, improdutividade, faz alusão à inércia e à falta de vida, pois aquele que é infértil não pode fornecer vida, logo, felicidade. Diante do exposto, uma pessoa sem felicidade está no movimento contrário, portanto, como se estivesse morta, uma morte em vida, até que encontre, nos caminhos da sua existência, algo que lhe desperte a *felicitas* romana.

A busca pela felicidade, como enfatiza Pascal Bruckner (2014) atravessa a história da humanidade e, assim como outros sentimentos, passou por diversas transformações através dos tempos, espaços e comunidades sociais. O autor compreende que, a partir da modernidade, em específico com a chegada das novas

tecnologias e avanços científicos, a felicidade foi imposta como uma norma, "[...] que obriga a que tudo seja avaliado pelo ângulo do prazer e da contrariedade, intimação à euforia que expõe à vergonha e ao mal-estar os que não aderirem a ela" (BRUCKNER, 2014, p. 16). Associada a um "bem supremo", com a organização da sociedade capitalista, que pressupõe o acúmulo de capital, lucro e consumo, mas também meritocracia, foi possível supor, que historicamente e etimologicamente, só é possível alcançar felicidade por intermédio do trabalho, ou seja, da produção constante, para que se possa consumir cada vez mais, e a felicidade como objeto de consumo, ideia de que o dinheiro compra a felicidade, ao mesmo tempo pressupõe que somente aquele que batalha muito em busca dela, pode alcançá-la, como merecimento, como um prêmio aos esforços desempenhados.

Os habitantes da capital paulista nos anos 20 e 30 do século XX, em especial as elites, relacionavam a vida urbana paulistana, naquele momento, reformulada pelos princípios republicanos e pelo processo de reurbanização, resultado da industrialização, produção cafeeira e investimentos, como sinônimo de felicidade. Estudos de referência sobre São Paulo, permitiram considerar que intervenções médicas colaboraram para a reformulação da vida na urbe, formando, por intermédio dos padrões impostos de paulistanidade, um ideal de comunidade emocional, dentre os projetos para o futuro, mirando o progresso e modernidade do país (MOTA, 2005; FERREIRA; LUCA, 2011). Nesse bojo, conforme convicções dos grupos dirigentes para a vida paulista, o sentimento de felicidade foi imposto como norma, como índice de saúde, de bem viver, consequência da vida trabalhadora e da produção, que elevaria São Paulo ao progresso social e econômico diante do cenário brasileiro, destacando-o nacional e internacionalmente.

A felicidade, nesse bojo, tornou-se um dever, um objetivo de vida, um objeto de consumo, sobretudo pelas ideias voltadas para obtenção de lucro e bens materiais emergentes nas sociedades capitalistas (MINOIS, 2003; BRUCKNER, 2014). Segundo os pressupostos médicos do período, que organizavam a comunidade social, as dores, tristezas, sofrimentos, desejos suicidas, passaram a ser diagnosticados como sentimentos de mal viver e indícios de patologias. Assim, como propostas de combate às doenças endêmicas, os sentimentos entendidos como doentios também deveriam ser sanados e expurgados, pois opostos às experiências sensíveis positivas para a coletividade. Considerando a atuação médica

sobre o sentir, verificou-se a criminalização, psiquiatrização e medicalização dos estados de infelicidade e a transformação da felicidade em dogma, num "catecismo coletivo", como permite inferir Bruckner, neste sentido, "infelicidade não é mais somente infelicidade: é pior ainda, o fracasso da felicidade" (BRUCKNER, 2014, p. 16).

O discurso e prática higienista, que modelou o novo viver na urbe, como afirma Jurandir Freire Costa (1979), também erigiu com o propósito de higienizar as emoções, ou seja, normatizá-las nos padrões de normalidade e saúde, não somente para o indivíduo e suas experiências singulares, mas para a coletividade, à comunidade, o que revela a formação de um projeto de comunidade emocional. Estudos de referência sobre a medicalização das emoções sublinham que o controle das experiências sensíveis na sociedade capitalista implica especialmente a organização e padronização dos sentimentos dos trabalhadores, pois responsáveis, por intermédio de sua mão de obra, por gerar o lucro (HENRARD; REIS, 2003; FERREIRA, 2017; POMBO, 2017). No contexto urbano paulistano, o controle das emoções dos trabalhadores surgiu com o ideal de progressos através do trabalho e obtenção de lucro que colocava São Paulo como polo econômico do país.

Os trabalhadores passaram a ser compreendidos como um corpo único, e a subjetividade do sujeito cada vez foi menos priorizada, sendo assim, "percebe-se como prioridade maior e incessante o bem-estar orgânico por uma forte cobrança da sociedade, do capitalismo, do mercado de trabalho e da sobrevivência em si" (HENRARD; REIS, 2003, p. 39). Nesse bojo, a felicidade é imposta como obrigação, pois um corpo feliz é um corpo que produz, que gera lucro, portanto, que trabalha. O sentimento de tristeza é associado à inércia e falta de movimento, opondo-se aos ideais de produtividade e lucro, contrariando a euforia perpétua imposta pela ordem médica, conforme pressupostos positivistas de ordem e progresso atrelados aos pressupostos republicanos e de paulistanidade.

A historiografia de São Paulo ao abordar os projetos políticos e culturais e a visão de uma nação idealizada no início do século XX, elucida que a metrópole paulista em ampliação passou a ser compreendida como uma "cidade de serviços", símbolo de oportunidades, o que contribuiu para que egressos do campo e imigrantes vindos de diversos países do mundo buscassem a vida na capital almejando alcançar a felicidade prometida (LUCA, 1999; MOTA, 2003; SANTOS,

2003). Como forma de manter a produção e o lucro, bem como o controle e disciplina urbana e dos corpos, o discurso sobre a busca da felicidade passou a ser associada à busca pela riqueza, pelo sucesso material, ao mesmo tempo, relacionado ao bem estar social, como reflexo de um ideal coletivo de saúde, implicando o papel dos médicos e dos saberes derivados como agentes responsáveis por regular e higienizar, assim como o físico e o mental, as emoções em prol dos avanços do Estado e em nome da modernidade.

Partindo do exposto, o conceito norteador da análise desta pesquisa, bem como a historiografia brasileira, permitiram considerar a fabricação de um projeto nacional que possuiria um estilo emocional único, isto é, uma comunidade emocional fundada no discurso médico e baseada em condutas e sentimentos das elites, estrategicamente impostos à população visando o lucro e ganhos materiais (LUCA, 1999; ROSENWEIN, 2006; 2011; CARVALHO, 2017). Nesse âmbito, o controle das emoções passa a ser entendido como benefícios econômicos, pois, como afirmam Eva Illouz e Yaara Bengier Alaluf,

A felicidade passou então do estatuto de fim ao estatuto de causa do sucesso no trabalho e em qualquer outro campo da vida. Se o estilo emocional dos empregados favorece o fracasso ou o sucesso das empresas, isso significa também que a felicidade do trabalhador se tornou importante, aos olhos dele e aos da empresa. (2020, p. 82)

Entretanto, essa felicidade não foi oferecida para o trabalhador com a garantia de melhor qualidade de vida, acesso a moradia de qualidade, educação, saúde ou tempo de lazer, ao contrário. Com a centralização da prática médica sobre a vida, a felicidade foi estimulada pela higienização das emoções, o autocontrole, repressão, silenciamento do sentimento e afastamento das emoções e pensamentos considerados negativos (VINCENT-BUFFAULT, 1988; COURTINE; HAROCHE, 2016). Aqueles que, por sua vez, manifestavam os sentimentos "negativos", como as tristezas ou desejos suicidas, eram entendidos como doentes, anormais e degenerados, segundo pressupostos eugenistas e higienistas vigentes. Os tristes, melancólicos e depressivos eram entendidos como pessoas que afetavam a produtividade e os ganhos materiais, portanto, não adaptadas ao ambiente fabril da metrópole, desviantes do projeto de progresso pelo trabalho disseminados no contexto paulistano.

Uma análise sobre produções de Antonio Carlos Pacheco e Silva, permitiu observar que o médico foi entrevistado e publicou artigos em diversos periódicos voltados para as temáticas industriais e administrativas, abordando a saúde mental do empresário e dos funcionários, exemplarmente referente aos considerados "distúrbios da emoção" no ambiente fabril. Foi identificado entre os documentos, a preocupação da medicina ao longo do século XX sobre as emoções diagnosticadas como negativas nos corpos dos trabalhadores, ao mesmo tempo que desvelam a diferença de tratamentos quando manifestadas pelos "homens de empresa" e funcionários.

Gustavo Querodia Tarelow (2018) aponta que a atenção de Pacheco e Silva sobre questões voltadas às indústrias, trabalho e funcionários, deriva de sua atuação enquanto empresário por seus empreendimentos no ramo psiquiátrico. O médico passou então a integrar organizações e associações patronais de São Paulo, como vice-presidente do IDORT e direção da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP). Sua trajetória nesse âmbito, permitiu considerar o impacto das práticas de saúde mental sobre a vida do trabalho, resultando em diversas publicações, conferências e congressos voltados para a os acidentes do trabalho, higiene mental nas indústrias, as ações médico-legais que implicavam às "desordens mentais" no contexto fabril, por exemplo.

As sensibilidades, como pôde ser verificado nas análises documentais, os sentimentos estiveram presentes nas pautas empresariais tratadas pelo médico. Os artigos *Neurose dos Dirigentes* (1962) e *Evite a neurose, durma* (1970), revelam concepções acerca dos humores no trabalho sob a lente da psiquiatria, de modo que a felicidade era associada a uma produção positiva, enquanto as tristezas, o oposto, ou seja, a produtividade despencava, implicando a queda do lucro. No que se refere aos donos das indústrias e fábricas, considerava-se que as tensões emocionais, neuroses e distúrbios das emoções, emergiam em consequência das responsabilidades, esforços e dos investimentos exigidos.

Sentimentos tristes ou irritadiços eram diagnosticados comuns no cotidiano dos "homens de negócios" e, nesses casos, recomendava-se afastamento do local de estresse, descanso e sono, visando o bem estar, saúde física, mental e emocional, com a promoção do sentimento de alegria e satisfação. Foi possível verificar o zelo acerca dos sentimentos do patrão, sendo as tristezas relacionadas ao

cansaço, não à doença, possivelmente como ocorreu com o paciente E., apresentado em um dos casos do manual, que, apesar de ter sido diagnosticado como “nevropata”, foi qualificado como um ancião simpático, de humor sarcástico e capitalista (PACHECO E SILVA, 1951), não sendo internado e interditado.

A artigos publicados em jornais industriais, então, apresentam estratégias de prevenção e cura sem a necessidade de internação e tratamentos violentos, enquanto os empregados, quando referenciados, são descritos como degenerados, com problemas de ordem psicológica e emocional, que deveriam ser afastados do convívio social e designados a manicômios ao manifestarem emocionais destoantes, que poderiam afetar os processos de produção e o lucro do patrão (PACHECO E SILVA, 1962, 1970). Dessa forma, os documentos revelam preconceitos existentes quando pacientes eram pessoas pobres, sublinhando violências vivenciadas por este grupo social diante das ações higienistas e eugenistas alinhadas aos pressupostos manicomial vigentes à época, que criminalizavam e patologizavam corpos e sentimentos de homens e mulheres pobres e trabalhadores.

As emoções tristes e estressantes causadas pelo ambiente de trabalho nos corpos de operários eram consideradas problemáticas, como identificado nos dois artigos referidos, mas também resgatados em entrevista concedida por Pacheco e Silva, intitulada *Assistência Psiquiátrica para Todos*⁴⁹. Na entrevista, faz alertas sobre tais sensibilidades e a necessidade de atenção dos patrões e de médicos sobre as manifestações emocionais dos empregados, pois, nas suas palavras:

Mais de 25% dos empregados de indústrias atendidos apresentam problemas relacionados com distúrbios emocionais, provocados por dificuldades de ajustamento. Com sensibilidade à flor da pele, [...] reagem impulsivamente a situações nas quais se julgam desconsiderados. A maioria [...] queixa-se do ritmo de trabalho, mas, segundo os psiquiatras, a stada física não é diretamente responsável pelos distúrbios nervosos e sim os problemas de ordem psicológica e emocional, como os atritos com chefes e supervisores, dificuldades de entendimento com os próprios companheiros de trabalho, inveja, despeito e muitos outros. Tudo isso provoca desgaste. Para suportar êsse estado de tensão emocional e estafa física, os empregados apelam muitas vêzes para o álcool. (1962, p. 18)

⁴⁹ A entrevista *Assistência Psiquiátrica para Todos*, concedida por Pacheco e Silva, compõe o artigo de sua autoria intitulado *Neurose dos Dirigentes*, publicado no jornal *O Dirigente Industrial*, em outubro de 1962.

Segundo passagens da entrevista, experiências sensíveis exacerbadas, descritas como "sensibilidades à flor da pele", eram perigosas, pois afetavam a convivência e, principalmente, a produção, logo, o lucro do patrão, a quem destinava-se o jornal. Acrescenta que, resultado do desgaste emocional e físico, os funcionários acabavam abusando de drogas, destacadamente o álcool, entendidos como venenos sociais, temática tratada mais profundamente pelo médico em seu compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951), no capítulo "Psicoses Heterotóxicas" na seção A, "Alcoolismo".

Pacheco e Silva afirmava que o álcool e entorpecentes, como maconha, opiáceos, barbitúricos, entre outros descritos, eram comumente utilizados por operários como estratégias de escape de tensões e situações que condicionavam às tristezas, visto que seus efeitos garantiam certo alívio e felicidade. No entanto, também poderiam provocar depressão e condicionar ao suicídio (PACHECO E SILVA, 1951). Como estratégias de preservar a saúde do corpo, mente e emoções do "esgotamento do sistema nervoso", isto é, dos diagnósticos de "neuroses", psicastenias e melancolias, geradas por tensões do cotidiano, as práticas higienistas eram anunciadas como ação profilática necessária (PACHECO E SILVA, 1947; 1950; 1951). O discurso médico destacava a emergência das ações contra "venenos sociais", como o fumo e o álcool, mas também as "intoxicações morais", como "[...] a irritabilidade, às emoções repetidas e freqüentes, às discussões, à ambição desmedida, à ausência de conformismo ante os fatos que a vida nos impõe e que são de natureza inevitável" (PACHECO E SILVA, 1950, p. 294).

A formação do homem e da mulher modernos e civilizados estava baseada em suas capacidades de dominar a si próprio, esse controle se daria por intermédio do controle da linguagem. A linguagem, como afirmam Courtine e Haroche (2016), não é construída somente através do ato da fala, mas por meio dos olhares, gestos e movimentos, ou seja, o controle da linguagem é também um controle das expressões dos sentimentos. Propostas de civilidade na modernidade, eram constituídas de normas sobre as experiências sensíveis, pois as "capacidades exteriores do corpo" revelavam para as comunidades sociais, os valores morais e emocionais. Fotografias inseridas no compêndio de Pacheco e Silva (1951), que focalizam as faces de pacientes, enfatizam exigências sobre o controle das externalizações das emoções, como as dos diagnosticados "alcoolistas".

Figura 9 – "Alcoolista Crônico em Estado Eufórico"

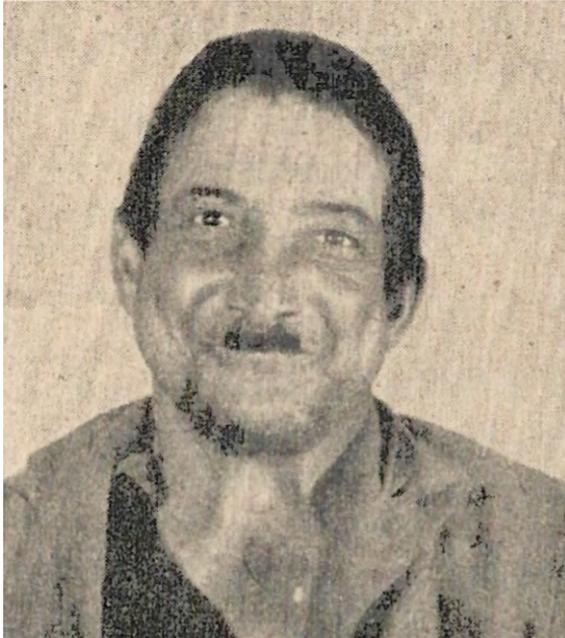
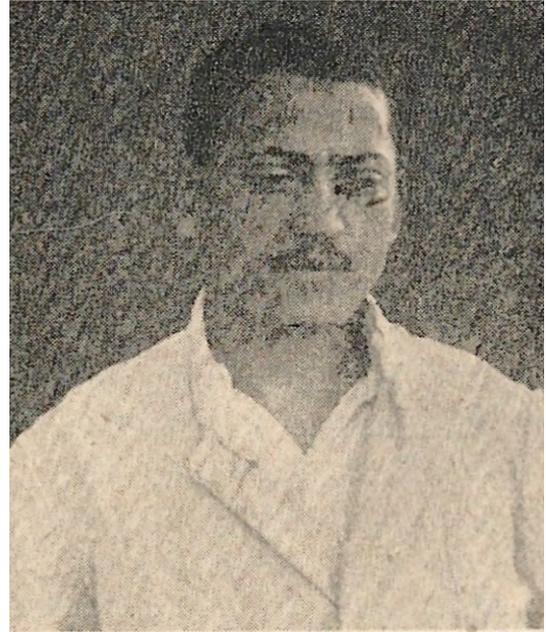


Figura 10 – "Fisionomia Apatetada num Débil Mental Alcoolista"



Fonte: (PACHECO E SILVA, 1951, p. 245)

As fotografias dispostas lado a lado no capítulo "Psicoses Heterotóxicas" na seção A, "Alcoolismo", objetiva a comparação do leitor sobre as faces (fisionomias) de ambos os pacientes considerados alcoolistas. Como indicado no título das imagens, a primeira fotografia indica os sentimentos de euforia e agitação nas feições do paciente, enquanto a segunda, a fisionomia relacionada à tristeza, focalizando o olhar vago, cabisbaixo, associada à "debilidade mental". Por intermédio das imagem foi possível supor como emoções de felicidade e tristeza nos rostos, foram diagnosticadas perigosas, indícios de "doenças mentais" e de degeneração, desvelando a imposição de normas estabelecidas pela medicina no período sobre o controle das emoções e as definições construídas sobre as experiências sensíveis manifestadas no físico.

O controle das emoções emergiu em um contexto de crises políticas, econômicas e sociais que atravessaram o contexto histórico e alteraram o cenário urbano e social paulistano, implicando o fortalecimento das ações médicas e sanitárias sobre a vida e as relações humanas em prol de um ideal de melhoramento racial e busca por uma identidade “verdadeiramente” brasileira, como permite reitera a historiografia de São Paulo (SCHWARCZ, 1993; LUCA, 1999; MOTA, 2003). Dessa forma, as preocupações e atenções designadas ao trabalho, aos patrões e operários, nos anos 20 e 30 do século XX, surgiram por intermédio das propostas de organização do trabalho resultado do “[...] momento de transição em que o país passava, desvinculando-se da dependência total de um sistema agrário e substituindo-o por um sistema econômico urbano-industrial” (SILVA, 2018, p. 198).

Sonia de Deus Rodrigues Bercito (2011) reitera que o processo de industrialização brasileiro teve na capital paulista seu principal foco, reverberando em concepções sobre modernidade e associação da metrópole em ampliação como sinônimo de felicidade e boa vida, atraindo diversos grupos em busca de melhor qualidade de vida, principalmente financeira, pois São Paulo era considerada uma cidade do trabalho, mas também do lucro e do consumo. Dessa forma, como forma de ordenar e regulamentar o trabalho no espaço fabril:

[...] o interior da fábrica foi [...] alvo dos olhares de médicos e engenheiros, que se juntaram aos empresários no projeto de fazer avançar a industrialização como maneira de atingir o crescimento econômico e a modernização do país. Na visão que se consolidava, esse espaço deveria ser orientado pela racionalidade e pela ciência, que seriam capazes de aumentar a produtividade e o rendimento do trabalho. (BERCITO, 2011, p. 373)

Até o final dos anos 20, período que demarcou o processo de transformação urbana com a industrialização, como consequência das políticas oligárquicas e do coronelismo, agitações trabalhistas tomavam as ruas, descontentes com o cenário político, econômico e social vivenciado, sobretudo nas grandes cidades, como São Paulo. Daniela Teles da Silva (2018) reitera que, como resultado desses movimentos, nos anos 30, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, foi posto em prática ações que visaram a modificação e criação de políticas públicas e sociais que implicou o reconhecimento do Brasil como uma nação “forte” em ascensão, junto ao contexto internacional. Objetivando alcançar o idealizado, fortalecidos, os setores da

saúde e do trabalho vincularam-se "[...] aos ideais de Eugenia, da Liga Pró-Saneamento e da Liga de Higiene Mental [...]" (SILVA, 2018, p. 193).

Disseminadas nas narrativas e discursos médicos, pressupostos higienistas e eugenistas embasaram o projeto de "fabricação" de um ideal de trabalhador saudável, em outras palavras, capazes de responder às demandas idealizadas a uma "raça brasileira" (MOTA, 2003; MAI; ANGERAMI, 2006; WEINSTEIN, 2006; VIMIEIRO GOMES, 2012). Estes ideais, para além da busca pela padronização do corpo e da mente do trabalhador brasileiro, muito inspirado na identidade paulista, conforme projetos de sampaulização do país, buscou construir uma identidade nacional que manifestava emoções definidas pela norma médica como de bem ou de mal-viver, normal ou patológica. Questões impactantes no campo da saúde e do trabalho, importaram para medidas de controle das emoções, destacadamente dos trabalhadores, pois considerados pilares do projeto do avanço do país. Dessa forma, o projeto nacional evidenciava o corpo do trabalhador, ao passo que suas emoções importavam, devendo passar pela eugeniização e higienização.

Nesse bojo, publicações de Pacheco e Silva desvelam a atenção com os sentimentos dos operários e de seus patrões, tendo em vista os projetos nacionais voltados para a saúde e trabalho. O capítulo "Acidentes do Trabalho e Desordens Mentais", em *Psiquiatria Clínica e Forense* (1951), enfatiza ações psiquiátricas sobre a indústria e emergências em torno das experiências sensíveis dos funcionários, pois os distúrbios psíquicos colocavam em risco o profissional. Neste âmbito, destacaram-se os considerados "distúrbios das emoções" (temática retomada em entrevistas e artigos futuros do médico), os quais puderam resultar em acidentes de trabalho, afetando negativamente a produtividade e, conseqüentemente, o lucro e a possibilidade de consumo, bases da vida paulistana no período. Dessa forma, como elucidado por Sonia de Deus Rodrigues Bercito:

A questão dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais começou a receber a atenção de médicos, juristas, empresários e legisladores nas primeiras décadas republicanas, no contexto do crescimento industrial, levando à promulgação de uma lei federal sobre o assunto em 1919. Essa lei inaugurou uma perspectiva que se repetiu na legislação subsequente. Inseriu as doenças profissionais no âmbito dos acidentes do trabalho e conduziu à aceitação do conceito de 'risco profissional'. (2011, p. 387-388)

Os riscos e acidentes de trabalho significavam um prejuízo econômico ao patrão que teria que pagar indenização ao empregado acidentado, ao mesmo tempo que resultava em desarranjo no funcionamento da produção industrial, afetando a produção de lucro. As emoções consideradas negativas, diagnosticadas como causadoras das "neuroses" ou "distúrbios das emoções" são inseridas no conceito de "doenças profissionais", como revelam os documentos históricos analisados para esta pesquisa (PACHECO E SILVA, 1950; 1951; 1962; 1970), indicando os a relação médica com o ambiente fabril, mas também a influência da medicina sobre o sentir, isto é, propostas de medicalização e medicamentação das sensibilidades em todos os âmbitos da vida.

A relação trabalho-emoção foi identificada no compêndio de Pacheco e Silva, no tópico "Acidentes do trabalho e nevroses emotivas", pois realçados supostos perigos das externalizações de emoções exacerbadas no desempenho do trabalhador, logo, produtividade da mão de obra. Conforme descrito, o paciente, após sofrer um acidente no ambiente fabril, poderia apresentar sensações e sentimentos semelhantes à ansiedade e depressão diagnosticadas como "fobias traumáticas" (PACHECO E SILVA, 1951, p. 535). Diante dos supostos problemas gerados por sentimentos no ambiente de trabalho, a higiene mental e das emoções, por intermédio das ações psiquiátricas, seria uma medida necessária para prevenção de acidentes. O manual de Pacheco e Silva, neste âmbito, anuncia sentimentos que iam na contramão dos ideais de produção e bom desempenho do trabalhador, como tristezas, desânimos, desejo por isolamento e de morte. Esses sentimentos, como apontado, eram diagnosticados como negativos, mórbidos, doentios, entendidos como "intoxicações morais" que afetavam a todos no local de trabalho, assim sendo, empecilhos para o andamento da produção, impedindo a felicidade coletiva evidenciada por ideais de produção.

É apontado por Pacheco e Silva, em capítulo sobre os acidentes de trabalho e a relação com "distúrbios mentais", publicado em sua coletânea *Palavras de Psiquiatria*: "quando prêsas de intenso estado emocional, o indivíduo tende a perder o domínio sôbre o seu sistema nervoso e torna-se predisposto aos mais diversos acidentes, sobretudo no curso do trabalho" (1950, p. 308-309). Sendo assim, visando a prevenção desses acidentes e o avanço econômico, social e racial do país, partindo dos pressupostos eugenistas e higienistas, enfatizou a emergência em

torno do controle das emoções. Como proposta para solucionar o problema das experiências sensíveis "descontroladas" ou "exacerbadas", sobretudo as melancólicas, depressivas e tristes no ambiente de trabalho, foi indicado pelo médico a higiene das emoções. Esta prática foi caracterizada em seu artigo publicado no *Guia do Lojista* (1970), como uma estratégia para conter e prevenir as ações negativas dos sentimentos de tristeza, fadiga e tensão gerados no ambiente de trabalho, reforçando na seleção de "[...] leituras e pessoas, procurando contato sobretudo com criaturas otimistas. Evitar os pessimistas, que causam sempre depressão." (1970, n.p).

Denise Bernuzzi de Sant'Anna, ao tratar a história das emoções tristes na contemporaneidade, destaca que "[...] a expressão das emoções depende das expectativas de cada época e cultura" (2013, p. 103). Desse modo, diante da proposta de higiene das emoções identificada nos documentos analisados, foi possível supor que sentimentos tristes foram classificados como doença, um "poluente" ou um vírus que causava mal-estar em todos e para todos e que, inclusive, poderia ser transmissível, justificando a utilização do termo "atacado" para definir aqueles que apresentavam "sintomas" de melancolias. Foram observados processos de estigmatização, exclusão e marginalização daquele que sofria, além de indicar preconceitos que permanecem na sociedade sobre pessoas que manifestam sentimentos tristes, que possuem diagnósticos de transtornos depressivos, que se negam a uma vida predeterminada como ideal, como permitem supor estudos de referência (SOUZA CAMPOS, 2003; TAVOLARO, 2020; SIQUEIRA, 2022).

As ações médicas sobre a individualidade e coletividade, bem como sobre a urbanização dos espaços durante as primeiras décadas de República, como afirma Maria Clementina Pereira Cunha (1986), incidiu no "urbanismo saneador" que objetivou a intervenção médica e sanitária no espaço urbano, mesclando ideais de "limpeza" e de higiene às propostas de embelezamento da cidade. O movimento visou padronizar os espaços urbanos e a vida por intermédio da medicalização e, como afirma Alain Corbin, "os reformadores projetam evacuar, ao mesmo tempo que o lixo, o vagabundo, os fedores da imundície e da infecção social" (1987, p. 123).

Por estas vias, dentro dos limites e empecilhos enfrentados pela prática médica diante do projeto de medicalização da nação, pessoas que manifestavam emoções tristes ou desejos suicidas, sobretudo se fossem pessoas de baixa renda,

deveriam ser afastadas do convívio social e do meio urbano, normalmente por meio da internação e quando atestada a incapacidade civil, interditadas, conforme previa o Código Civil em vigência. O controle e o silenciamento das emoções afloraram dos ideais de modernidade, isto é, o desapego de condutas consideradas antiquadas e "selvagens", para fazer transcender e progredir a sociedade, constituindo a civilidade que caracterizaria a paulistanidade, permitindo a hipótese que a paulistanidade é construída, para além de ideais que visavam padronizar o corpo e a mente, por sistemas de sentimentos que constituiriam a sua identidade, ou seja, como amar, odiar, entristecer-se ou alegrar-se, mas também, como nascer, viver e morrer.

Foi instaurado, neste sentido, como afirmam um Jean-Jacques Courtine e Claudine Haroche, uma "era da eloquência" na qual "a dissolução das sociedade política e civil medievais abre um tempo e um espaço em que se vai fundar pouco a pouco uma legitimidade nova fundada no uso controlado do corpo e da linguagem" (2016, p. 25). O controle das expressões do corpo e da linguagem foi uma estratégia diante de uma nova noção de civilidade baseada em um ideal de elegância construída sobre vergonhas, pudores e distâncias, mascaradas por propostas de felicidade e euforia transcendentais com a chegada da modernidade. Nesse bojo, dialogando com Denise Bernuzzi Sant'Anna, a prática da higiene do corpo, no final do século XIX, era atribuída à designação de uma ciência moderna, que servia para conservar o equilíbrio do físico, mas também "[...] seria uma ciência, um 'braço direito' da saúde corporal e da salubridade urbana" (SANT'ANNA, 2011, p. 302).

Ideais sobre a higiene permaneceram no século XX e foram fortalecidos com a implementação da República, sob a pretensão de forjar a identidade brasileira, baseado na "elegância" das condutas e hábitos das elites emergentes, especialmente às paulistas. Os processos que delimitam as transformações urbanas e sociais nos anos 20 e 30 na capital de São Paulo, demarcam ações médicas de higiene para os avanços da cidade. As práticas projetavam a construção de um ideal de "corpo da cidade" considerado apto para viver no meio urbano, conforme os padrões impostos pela ordem e norma médica (COSTA, 1979; CUNHA, 1986; BERCITO, 2011).

As práticas de higiene também foram aplicadas pela psiquiatria, com a higiene mental e, com ela, uma higiene das emoções, desvelando a atuação de profissionais da saúde sobre todas as instâncias da vida, mirando à normatização e

disciplinarização dos corpos e mentes, mas também dos sentimentos. Como permitiu considerar a Sônia A. Siqueira (1976), as sensibilidades são ingredientes da vida social, portanto, como os documentos médicos analisados desvelam, o controle das emoções objetivava uma padronização e disciplinarização da vida social, construída sob um ideal de comunidade moderna, imposta pelo "novo viver" que constituiria a paulistanidade, forjando uma comunidade emocional idealizada.

Nesse âmbito, o controle do corpo e das emoções emergiu com os ideais de capitalismo industrial, propostas de sociedade do trabalho e do consumo relacionados à vida paulistana, compreendendo o corpo como mão de obra. Bercito, ao tratar sobre as relações entre o corpo e o trabalho durante os anos 30, com o fortalecimento da industrialização no Brasil, afirma que o corpo:

[...] passou a ser concebido como instrumento útil para garantir a produtividade, buscando-se moldar os comportamentos e impor aos indivíduos gestos e posturas adequadas às exigências crescentes de eficiência e rendimento máximo nas atividades, de acordo com a racionalidade do capital. [...] A energia humana orientava-se para a atividade industrial e o corpo se tornava uma ferramenta mercadorizada como força de trabalho. Assim, a busca por exatidão e da eficiência e do movimento controlado e útil permaneceria as técnicas corporais. (2011, p. 374)

A passagem permitiu considerar que a saúde do corpo estava relacionada com o avanço da produtividade industrial, sendo assim, o controle dos sentimentos emergia também da urgência de manter em funcionamento a produção fabril. O excerto também indica como a normatização do "corpo-máquina" do trabalhador também refletia sobre suas emoções, pois sentimentos considerados positivos, beneficiariam o ambiente de trabalho, enquanto os negativos, o contrário, afetando o desenvolvimento econômico do país, o que gerava uma responsabilização e culpabilização dos trabalhadores sobre o crescimento do Brasil, socialmente e economicamente. Essa relação felicidade-produtividade e tristeza-improdutividade pôde ser analisada na publicação de Pacheco e Silva intitulada *Fundamentos da Medicina Psico-somática*, na qual o médico evoca o papel das emoções sobre as atividades cotidianas. Nesse sentido:

Na vida humana, os instintos que dormitam em cada ser, constantemente estimulados pelas emoções, reagem provocando

condições ora propícias, ora prejudiciais à saúde. Assim, as emoções alegres ativam as funções, levantam a tensão psicológica, estimulam as energias vitais e contribuem para entreter o equilíbrio entre os diversos órgãos e aparelhos. O inverso se dá quando se deflagram sentimentos tristes; o homem se deprime, deixa-se invadir pelo abatimento e pelo desalento. O ânimo de quebranta, o estímulo desaparece, com graves danos para a saúde do corpo, que precisa receber influxos psíquicos favoráveis, sem o que o organismo se torna prêsa fácil das doenças. (1949, p. 366-367)

Identificou-se, por intermédio do documento, a imposição da felicidade como norma, isto é, como estímulo de produção, enquanto a tristeza é diagnosticada negativa e doentia. Com os avanços nas áreas da saúde, resultado dos avanços da ciência moderna e das tecnologias, as infelicidades foram interpretadas como arcaicas e patológicas. Desse modo, a modernidade implicava a prolongação da vida por meio das novas práticas de saúde e projetava uma sociedade sanada de todos os males causados por doenças, o que pressupunha não haver mais espaço para tristezas e sofrimentos, ou motivos para o suicídio. Nesse bojo, como sugerem Georges Minois (2003) e Pascal Bruckner (2014), a infelicidade, passa a ser criminalizada, proibida, enquanto transcende o culto e o dever da felicidade e do riso.

Barbara H. Rosenwein (2011), ao propor uma história das emoções através das comunidades emocionais, aponta à necessidade de problematizar os termos que designam emoções no contexto histórico analisado pelo pesquisador. Essa atividade pressupõe, inicialmente, a definição e categorização de termos que se remetem a emoções e, posteriormente, em processo de análise, saber se os termos mapeados eram considerados ou não emoções nos recortes temporal, espacial e social. Partindo desta perspectiva, o mapeamento desenvolvido sobre o manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951), bem como outras produções de sua autoria, permitiu verificar como os termos que designam emoções foram anexados nos campos da Psiquiatria e Direito, ou seja, foram moldados, ressignificados e sistematizados por estes campos do saber como normais ou patológicos, criando uma nova norma do sentir.

Os materiais revelam a patologização e criminalização dos sentimentos de tristeza, melancolias, infelicidades e desejos suicidas na sociedade paulista, não somente no período delimitado nesta dissertação, mas continuamente perpetuados, apontando para uma permanente medicalização das emoções. Nesse bojo, como permitem considerar Jurandir Freire Costa (1979) e Maria Clementina Pereira Cunha

(1986), o contexto de modernização, resultado dos investimentos nacionais e internacionais e da industrialização no decorrer dos anos 20 e 30 do século XX, alinhado às propostas de normatização da vida urbana e o fortalecimento das práticas de saúde, por meio de teorias higienistas e eugenistas, a felicidade é diagnosticada como sentimento de bem viver, indícios de saúde, portanto, uma obrigação das massas e dos trabalhadores que eram peças principais do projeto de "futuro" da nação.

O conceito de comunidade emocional pressupõe "[...] grupos sociais cujos membros aderem às mesmas valorizações sobre as emoções e suas formas de expressão" (ROSENWEIN, 2011, p. 7). Isto posto, a análise dos resultados de pesquisa obtidos, por intermédio da epistemologia histórica do sentimento, desvelaram a idealização de uma comunidade emocional sobre a sociedade paulista fabricada pelo discurso médico-legal, implicando a concepção da felicidade como sentimento positivo e saudável e as tristezas como emoções negativas e doentias, portanto, alvos da prática médica e de seus pressupostos. Aqueles que, portanto, ousavam manifestar suas tristezas e desejos suicidas eram enquadrados loucos, doentes, insanos e imorais.

Considerações finais

Narrativas médicas disseminadas em São Paulo, nas primeiras décadas da República, visaram a formação da identidade paulista, também projetaram novos modelos de organização social, política e econômica que miravam, sob propostas de saúde e bem viver, à reconfiguração das condutas da sociedade, alinhadas às propostas de fabricação de uma identidade nacional. Os psiquiatras ocuparam um lugar de destaque neste processo, de modo que seus discursos atravessaram os muros das instituições psiquiátricas e reverberaram em leis, segurança e educação sob a premissa de neutralizar possíveis ameaças ao bem estar físico, mental, moral e emocional de homens e mulheres, entendidos como responsáveis por elevar o país ao progresso, modernidade e civilidade idealizado pelo republicanismo para a coletividade.

Inserido neste contexto, Antonio Carlos Pacheco e Silva, intelectual, médico, político, professor universitário e empresário, foi um personagem influente em diversos âmbitos, o que lhe conferiu autoridade e poder. Ao longo dos anos 20 e 30 do século XX, primeiras décadas de sua atuação enquanto médico em São Paulo, construiu sua figura pública, ocupando importantes cargos e lugares de destaque nacional e internacionalmente. Foi diretor do Hospital do Juquery, sucedendo seu antigo professor Francisco Franco da Rocha, também atuou como membro da Assembleia Constituinte, foi vice-diretor do Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT), fundador da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo e membro da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e da Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM), vinculada à LBHM, com sede no Juquery, em sua gestão. Enquanto docente, ministrou aulas na Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo e Escola Paulista de Medicina (as quais colaborou para a fundação), bem como nas Faculdades de Direito e de Medicina da Universidade de São Paulo. Nesse contexto, também fundou instituições psiquiátricas, como o Sanatório Pinel, em Pirituba.

Engajado em atividades político-partidárias vinculadas às suas concepções ideológicas, tais como o conservadorismo, anticomunismo, defesa aos interesses econômicos liberais, assim como ideias de superioridade regional, cultural e racial paulista, embasados no tripé Eugenia, Organiscismo e Higiene, pretendeu a

legitimação da psiquiatria enquanto ciência e sua representação acerca da legislação brasileira em vigência à constituição e preservação de uma “raça pura” e a segurança nacional contra os supostos perigos empregados por pessoas diagnosticadas como “loucos de todo o gênero”. Sua trajetória profissional e de vida, destacam sua ampla influência para a disseminação de normas que fabricaram um ideal de comunidade na qual aqueles que não se enquadravam, poderiam ser considerados e diagnosticados como loucos, degenerados e criminosos, tais como negros, mulheres, alguns grupos de imigrantes, como italianos e japoneses e migrantes, como nordestinos, também foram inseridos os homossexuais, idosos e crianças, espíritas, protestantes, aqueles que buscavam dar cabo à própria vida, dentre outros.

O manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, publicado originalmente em 1940, pela Companhia Editora Nacional, marca a disseminação do discurso médico-científico e da Medicina Legal em vigência no país. De caráter didático, sublinha o fortalecimento da atuação médica sob a vida pública e privada paulistana, mas também nos demais estados brasileiros, dado que exemplares estiveram à venda em todo território, utilizado em faculdades de Medicina e Direito como material obrigatório. Seu conteúdo iconográfico constituído de capítulos, tópicos, fotografias e casos, desvela reflexos do projeto republicano de ordem e progresso por intermédio do controle social, mirando a uniformização da vida e do viver através da medicalização e da medicamentação, que estendeu-se sobre as emoções.

Disseminadas por meio de publicações, como o manual de Pacheco e Silva, narrativas médicas contribuíram para a perpetuação de uma variedade de estratégias para diagnosticar emoções definidas como não saudáveis, mas também às relacionadas ao bem viver, possibilitando considerar a medicalização dos sentimentos, formas de vivenciá-los e seus impactos da sociedade sob a lente da psiquiatria. Resultado disso, foram fabricados novos sistemas de emoções, constituindo projetos para a organização de um ideal de comunidade que refletiria a paulistanidade. Nesse cenário emergiu a patologização de manifestações sentimentais públicas, sobretudo as consideradas desmedidas, da alegria às tristezas. Prezava-se pelo autocontrole, passividade e calma, o que revelou um incentivo ao silenciamento e repressão das emoções em nome da modernidade e civilidade.

Emoções diagnosticadas como mórbidas e perigosas figuravam entre delírios e distúrbios, bem como sintomas indicativos de uma ampla gama de diagnósticos de “doenças mentais”, tais como a esquizofrenia, estados confusionais, neurastenias, psicoses diversas, alcoolismo, epilepsias e histerias. A psiquiatrização das emoções permitiu considerar o lugar ocupado pelos psiquiatras em São Paulo, isto é, como agentes ativos no processo de organização da sociedade, pressupondo ideais de comunidade moderna e civilizada, fabricada por intermédio dos laços e sentimentos que compunham a paulistanidade.

A valorização e desvalorização de determinadas emoções, embasadas pela eugenia, organicismo, higiene, biodeterminismo, bem como teorias acerca das fisionomias e frenologia, como destacado no material empírico, implicaram a urgência da educação e orientação de homens e mulheres fisicamente, moralmente e emocionalmente, conforme projetado para a vida em São Paulo e no Brasil. Em um cenário de novas tecnologias, formação das sociedades de massas e do novo regime político, a alegria e felicidade compunham a lista de emoções valorizadas pela comunidade, compreendidas como indícios de saúde e bem estar. Múltiplas, as tristezas, foram patologizadas e criminalizadas, questão que indica concepções acerca do impacto dos sentimentos e de suas manifestações na vida pública e política na metrópole paulista em ampliação, diante da projeção de inteligência e saúde emocional que constituía as noções sobre purificação da raça, disseminando ódios e preconceitos.

As tristezas despertam interesse de estudiosos e pensadores de diversos campos do saber, possibilitando analisá-las como objeto de pesquisa interdisciplinar. Debates históricos sobre as manifestações de sofrimentos e dores da existência atravessaram a história da humanidade, da Antiguidade à Contemporaneidade. No campo da psiquiatria e da medicina legal, como revelado no mapeamento desenvolvido na iconografia disposta no compêndio de Pacheco e Silva, a tristeza tomou diversas formas, figurando diagnósticos de psicose maníaco-depressiva, nas melancolias simples, delirante e ansiosa; na forma de melancolia senil no quadro de psicoses de involução, ao mesmo tempo que configurava sintomatologias nas descrições nosológicas do alcoolismo, esquizofrenia, parafrenia e epilepsia. Desejos sexuais diminuídos, vestes em desalinho, falta de vontade de fazer coisas que antes eram prazerosas, falta de higiene corporal, o desejo e afeição pelo isolamento,

diminuição da afetividade, também eram aspectos presentes em análises e exames psiquiátricos, podendo indicar a manifestação da tristeza, ou melancolia, como anormalidade e doença. Tais percepções sobre a tristeza e a imposição de reprimi-la, apontam à existência de um padrão emocional quase impossível de ser alcançado, de modo que qualquer desvio poderia levar à internação e interdição e diagnósticos diversos.

As tristezas compreendidas como reflexos dos hábitos, comportamentos e sentimentos coloniais, portanto entendidos como ultrapassados no período, deveriam ser controlados para que não afetassem os ideais de prosperidade e felicidade da nação e da pauliceia em modernização. O impacto das situações do cotidiano e suas consequências, como desemprego, dificuldades financeiras, pobreza, perseguições por etnia, nacionalidade, orientação sexual ou religiosidade, imposições sobre casamento e maternidade, perda ou confisco de bens, crises econômicas, luto, saudade de seu país de origem e da família, solidão, entre outras causas, foram descartados e não considerados como fatores determinantes e intensificadores de tristezas em vivências individuais. Sendo assim, as tristezas nem sempre são resultados de transtornos, mas são reações comuns diante das dificuldades e enfrentamentos vividos no cotidiano.

Para além das descrições nosológicas que evidenciaram a patologização e a psiquiatrização da tristeza nos capítulos e tópicos do manual *Psiquiatria Clínica e Forense*, foi possível identificar sua presença através dos casos dispostos na obra. A exposição destes registros indicaram estratégias de exemplificação de experiências do psiquiatra na prática de seu ofício, servindo como demonstrativo de exames, terapias, ações médico-legais e as importâncias dadas às novas, porém mortais, tecnologias médicas e seus impactos sobre a vida. No campo dos sentimentos, os casos anexados apontaram como tais tecnologias estiveram presentes no processo de identificação e diagnóstico de emoções definidas como perigosas, como as tristezas em suas múltiplas formas e desejos de dar cabo à própria vida, isto é, de suicidar-se.

Revelando situações e experiências sensíveis diversas que podem ter sido condicionantes aos sofrimentos e atos fora da lei cometido pelos examinados, os casos possibilitaram importantes reflexões referentes à influência e lugar dos discursos médicos e narrativas dentro e fora das instituições psiquiátricas, mas

também como consequências de culturas, hábitos e valores que atravessam as vidas dos homens e mulheres paulistas. Temas como família, honra, maternidade, racismo, pobreza, desilusões, perda de bens, imigração e machismo foram verificados nos registros e permitiram analisar de que modo as normas sociais sobre os lugares, direitos e deveres impostos sobre homens e mulheres brasileiros e estrangeiros reverberaram nas sensibilidades e fabricaram emoções tristes, sofrimentos e desesperos, muito possivelmente contribuindo para os homicídios e tentativas de suicídios registrados.

Os casos de Dona D. I. R., José Buc. e Kadota M. desvelaram emoções tristes e sofrimentos múltiplos em experiências singulares, definidas como desviantes em consequência de descontroles provocados por loucura e degeneração, permitindo considerar uma medicalização das ações e dos sentimentos, destacadamente de tristezas e sofrimentos. Ao mesmo tempo, estas concepções possibilitaram considerar o imaginário fabricado acerca da medicina como salvadora de todos os supostos perigos e doenças existentes. Os diagnósticos de epilepsia e esquizofrenia registrados nos casos apontaram concepções médicas sobre o perigo das manifestações emocionais tristes nos corpos, mentes e comportamentos dos examinados, pois compreendidos como condicionantes ao suicídio e à criminalidade, figurando pessoas como tristes, loucas e más, conforme os pressupostos teóricos norteadores da prática psiquiátrica à época.

Diante dos novos sistemas de sentimentos, o silenciamento das emoções emergiu como sinônimo de saúde, disciplina e autocontrole. Manifestações de sentimentos tristes passaram a ser diagnosticadas como desvios e, portanto, associados às doenças e alienação dentro e fora dos muros dos espaços nosocomiais e manicomiais, como desvelado no caso do inglês nomeado como “E.”. A narrativa demonstrou como o discurso médico impactou a vida privada, posto que a família do paciente considerava anormais condutas e demonstrações sentimentais de seu ente, solicitando exame e interdição dos bens deste. Nesse sentido, foi possível observar de que modo os pressupostos higienistas e eugenistas reverberaram sobre experiências sensíveis, forjando normas e sistemas emocionais que constituiriam a comunidade idealizada pelas elites. Nesse bojo, por intermédio da educação física, moral e sexual, os sentimentos deveriam ser, como o corpo e a mente, higienizados e eugenizados para enquadrar-se em um padrão proposto como

saudável e de bem viver, como estipulado e projetado à construção da identidade paulista.

Os sentimentos também eram examinados a partir das vestimentas, sexualidade, afetividade, vontade e feições. Aqueles diagnosticados como doentios eram encaminhados, conforme o quadro patológico, para tratamentos específicos. Investimentos nacionais e internacionais que colaboraram por figurar São Paulo como uma cidade-laboratório, implicaram a ampliação do arsenal terapêutico, importando modernas, porém mortais e violentas, terapias biológicas. No campo das melancolias, emoções tristes e sofrimentos psíquicos, observou-se através de capítulo sobre tratamentos recomendados em diagnósticos de “doenças mentais”, a aplicação de isolamento, que poderia ser à domicílio em quadros leves ou em hospitais psiquiátricos, quando o quadro era considerado grave e haveria necessidade de intensa vigilância, como em tentativas ou ideações suicidas; aplicação de opiáceos e medicamentos calmantes para casos de melancolias ansiosas; insulino-terapia, pireto-terapia e acroagonino-terapia que visavam a alteração do organismo por meio de provocações de febres, comas e convulsões, visto que emoções eram compreendidas como resultados do organismo, podendo ser alteradas por intermédio da medicação, revelando a medicamentação do sentir.

Os resultados de pesquisa permitiram considerar que exames e terapias de choque aplicadas em casos de externalização das tristezas anunciam preocupações médicas em expurgar e manipular os sentimentos melancólicos na sociedade, por intermédio do controle do interno e do externo das pessoas, fabricando normas sobre o sentir, ao mesmo tempo apontam o lugar dos psiquiatras no processo de formação da identidade paulista e brasileira em todos os âmbitos. Tais normas se remetem às organizações e reorganizações pelas quais a cidade e sociedade paulista passou no início do século XX, sob as novas noções de civilidade e modernidade, que constituíram exigências forjadas pela medicina sobre o novo viver, caracterizando um projeto de “comunidade emocional” idealizado a partir da vida burguesa e interesses das elites. Emoções contraditórias ao idealizado saudável pela medicina foram alvo do arsenal terapêutico que violentou e matou diversas pessoas internadas em manicômios, sobretudo os mais pobres destinados às instituições públicas, insalubres e superlotadas, marcadas pelo abandono e descaso.

Provocando impressões e emoções através do tempo, espaço e entre grupos

sociais, o suicídio foi historicamente compreendido como crime contra Deus e sociedades, possessão demoníaca, loucura, mas também, inserido em pautas filosóficas, foi entendido como uma ação que garantia o domínio e liberdade sobre a própria vida e morte, sacrifício amoroso, heróico ou patriótico, sublinhando a morte voluntária como um ato de honra e de amor. Dessa forma, concepções variadas sobre o suicídio demarcam a complexidade acerca da temática.

Resultado da associação deste tipo de morte às tristezas, foi inserido às pautas de saúde. O cenário paulista nos anos 20 e 30 do século XX, contexto marcado por reformulação e reorganização social, através da medicalização da vida e da morte, estudiosos do campo da saúde buscaram sistematizar, mapear e tipificar os corpos, mentes e comportamentos que manifestavam emoções diagnosticadas como subversivas e, atreladas a elas, aquelas que implicavam desejos ou ideações suicidas, ato considerado doentio, perverso, anormal e indicativo de transtornos mentais, justificando a necessidade de intervenção médico-legal.

Diante disso, a temática figurou casos, fotografias e capítulos do compêndio *Psiquiatria Clínica e Forense*, de modo que, em diálogo com dados estatísticos disponibilizados pelo SEADE, possibilitou estabelecer relações entre os sentimentos melancólicos ou tristes e suicídio, bem como entre suicídio e os acontecimentos que atravessaram a cidade de São Paulo entre 1920 e 1939. O suicídio pôde ser analisado como um refúgio emocional das pressões e normas acerca das tristezas e sofrimentos vivenciados por homens e mulheres na capital, sensibilidades definidas pela medicina como patológicas, opostas ao idealizado pelos pressupostos teóricos eugenistas, organicistas e higienistas vigentes nas práticas de saúde, que, no âmbito do sentimento, impunha a felicidade e passividade como bem viver à comunidade.

A análise dos dados quantitativos apontaram um aumento percentual de 132,14% de óbitos por suicídio na metrópole entre 1920 e 1939 e permitiram identificar possíveis influências dos acontecimentos sociais, políticos e econômicos que marcaram o período sobre as sensibilidades, intensificando emoções individuais e coletivas. Ao mesmo tempo, como indicaram casos expostos no manual analisado, as tentativas de suicídios de F. de A. R. N., Benedita M. C., Dona D. I. R., desvelaram situações cotidianas, individuais, como a solidão, desespero, tristeza, sensação de sobrecarga e de ser incompreendido diante do sofrimento, como fatores determinantes para o desejo e a busca de suicidar-se, apontando à

complexidade diante dos condicionantes da morte voluntária, porém, permitiram considerar que pode ser um fato social, mas também uma soma de experiências sensíveis individuais, pois as pessoas vivenciam emoções a sua maneira, ainda que as emoções tenham significados semelhantes partilhados socialmente.

A prática do suicídio atravessa os muros e jardins das casas, do reservado e do privado. Os dados demonstraram que praças, rios e lagos, viadutos e prédios foram palcos de espetáculos suicidas e revelaram possíveis impactos das mudanças urbanísticas e sociais externas ao núcleo familiar, como fatores para o ato, sendo uma mensagem transmitida para a cidade e a cidade como consumidora ou devoradora de vidas. Neste sentido, considerou-se que o suicídio é multifatorial, resultante das experiências sensíveis coletivas e individuais, somando casos que reverberaram nos índices.

Diante do problema com mortes voluntárias e manifestações de tristezas, estratégias como internações e interdições foram aplicadas para conter expressões emocionais consideradas transgressoras e doentias, silenciando-as. Os capítulos e casos como de E., Dona A. B. A. B., F. de A. R. N. e João P. S, apresentaram relações interdisciplinares entre Psiquiatria e Direito como mecanismos de controle da vida, reverberando às sensibilidades, colocadas em prática por intermédio dos processos de internação e interdição de bens contra aqueles que manifestavam emoções tristes e desejos suicidas, conseqüentemente marginalizando, estigmatizando e excluindo pessoas que não se enquadravam nas normas físicas, comportamentais e emocionais que figuravam a paulistanidade. Estes mecanismos desvelaram influências dos saberes médicos e jurídicos, mas, sobretudo, como tais saberes e discursos emergentes destes, foram disseminados em todas as instâncias da vida privada e pública, impactando na cultura, educação, política e legislação, sendo determinantes para definir elementos benéficos e maléficos, normais e patológicos à sociedade, forjando um ideal de comunidade emocional.

Propostas de medicalização do sentimento emergiram com o projeto republicano na pauliceia, mirando à reorganização social por meio de ideais de civilidade e modernidade, progresso pelo trabalho e lucro. Nessa perspectiva, a felicidade foi definida como símbolo do sucesso, enquanto a infelicidade foi diagnosticada como decadência física, mental e emocional. Associada à produção constante, disposição, como um bem supremo, a felicidade era imposta como

norma. Dessa forma, aqueles que ousavam manifestar tristezas, sofrimentos e infelicidades, que tinham coragem de chorar e se isolar, que não trabalhavam com tanta dedicação, poderiam ser diagnosticados doentes, anormais, insanos, loucos e degenerados, incapazes para o trabalho e considerados um fardo para a sociedade paulista da agitação, do trabalho e consumo nos frementes anos 20 e 30 do século XX. O hospital psiquiátrico foi tornado o lugar para onde eram designados aqueles que expressavam em seus gestos, movimentos e olhares, as emoções diagnosticadas como doências, como as tristezas. Isto é, longe dos olhos e das emoções higienizadas das elites.

Os eventos que atravessaram a história da capital paulista entre os anos 20 e 30 do século XX, permitiram reflexões acerca das normas e padrões emocionais fabricados e idealizados objetivando a reorganização social partindo dos interesses de grupos no poder. O manual *Psiquiatria Clínica e Forense* de Antonio Carlos Pacheco e Silva como fonte, permitiu analisar a medicalização e medicamentação das emoções diante deste contexto, através de capítulos, casos e fotografias que ilustravam os malefícios de algumas manifestações emocionais e seus perigos para os projetos republicanos na pauliceia. A psiquiatria e o direito, em diálogo interdisciplinar, invadiram a vida privada e pública para normatizar corpos, mentes, comportamentos e sentimentos, definindo como as emoções deveriam ser expressadas e vivenciadas.

Partindo desta perspectiva, ainda que a temática das emoções tristes, dos sofrimentos, sejam mais livremente tratadas na sociedade contemporânea, reflexos do passado ainda permanecem. Apesar de campanhas de prevenção ao suicídio, leis sobre saúde mental e facilitação no acesso à terapia e tratamentos, nos deparamos com outros problemas que cercam estas questões, como dificuldades e desigualdades sociais, políticas e econômicas, que são, como apontam dados sobre transtornos depressivos organizados pelo Centro de Valorização à Vida (CVV) e Organização Mundial da Saúde (OMS), condicionantes ao suicídio. O que permite considerar a urgência de melhorias à qualidade de vida como política principal para o combate ao suicídio e prevenção à depressão, fornecendo educação, lazer, trabalhos e salários dignos, moradia, saneamento básico, saúde.

Outro problema que os dados atuais revelam é o aumento anual de diagnósticos de depressão e ansiedade, o que acaba por colaborar para o

argumento que reitera que a depressão é “a doença do século XX”. Diante desse contexto, profissionais da saúde mental apontam que, resultado deste problema, há um aumento no uso indiscriminado e imoderado, com ou sem prescrição médica, medicamentos para amenizar ou anular supostos sintomas, bem como emoções que são atribuídas a tais transtornos, destacadamente as tristezas, resultado de sofrimentos por situações do cotidiano. Tais questões indicam as continuidades diante das experiências emocionais tristes e angustiantes, significando-as como negativas, doentias, não como respostas naturais para algumas situações do cotidiano que resultam em emoções e sentimentos.

A medicalização e medicamentação das emoções atravessa debates e pautas de movimentos antipsiquiatria e antimanicomiais, que sublinham violências enfrentadas por diversas pessoas internadas em instituições psiquiátricas e comunidades terapêuticas e anunciam a urgência de organização de novas políticas de saúde, principalmente no âmbito da saúde mental, que sejam opostas à lógica manicomial de isolamento e medicalização em massa, que fere os direitos da pessoa em sofrimento mental, excluindo e marginalizando-a. As tristezas transformadas em doenças, bem como as diversas terapias e medicamentos recomendados para seus tratamentos no passado e presente (considerando transformações e adaptações pelos quais passaram os diagnósticos psiquiátricos), conforme a lógica manicomial, anunciam a busca por um padrão emocional, que afirma que ser e estar saudável é estar feliz, pacífico e autocontrolado em tempo integral, ao passo que seu oposto é compreendido como insanidade e anormalidade.

Esse padrão inalcançável, como desvelaram os resultados de pesquisa, causou e permanece causando sofrimentos e sentimentos de não pertencimento e não merecimento, que podem condicionar o desejo de morrer. Contribui para a perpetuação de preconceitos e intolerâncias diante das necessidades emocionais do outro e às nossas próprias, estabelece barreiras para o acolhimento e inclusão, não considera influências sociais, políticas e econômicas, tais como pobreza, perseguições políticas, racismo, violências e truculência policial, desemprego, atritos familiares, desilusões de diversos tipos, falta de acesso à saúde, educação e moradia, entre várias outras que perpassam o cotidiano e impactam em experiências sensíveis. Diante disto, adotar perspectivas antimanicomiais e antipsiquiatria sobre as emoções e o sentir é uma estratégia para romper com tabus que psiquiatrizam

sentimentos e estigmatizam pessoas, também colabora para a construção de uma comunidade amorosa, respeitosa, acolhedora e inclusiva, estabelecendo caminhos para o amor e afeto que nos dão sentido ao viver e possibilita melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. A.; ALMEIDA, A. M. Construindo uma Nação: propostas dos psiquiatras para o aprimoramento da sociedade. *In*: RIGONATTI, S. P. (coord.); SERAFIM, A. P.; BARROS, E. L. (org.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003. p. 25-47.
- ALMEIDA, M.; DANTES, M. A. M. O serviço sanitário de São Paulo, a Saúde Pública e a Microbiologia. *In*: DANTES, M. A. M. (org.). **Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 137-155.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSUMPÇÃO JÚNIOR, F. B. A Ideologia na Obra de Antonio Carlos Pacheco e Silva. **Revista Latinoamericana de Psicologia Fundamental**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 39-53, out./dez., 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Prefácio. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012. p. 7-8. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 2).
- BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAJOS, N. C. Breve recuento historico de los tratamientos biológicos en psiquiatria. **Revista Cubana de Medicina**, v. 15, n. 4, p. 351-356, jul./ago., 1976.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BASSO, P. M. **Crime e Loucura: a psiquiatria forense e a medicalização da periculosidade criminal**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BERALDO, R. **“O Espírito é a Expressão do Corpo”**: Holismo Médico, Constitucionalismo e Psiquiatria no Brasil (1920-1940). 2021. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.
- BERCITO, S. D. R. Corpos-máquinas: trabalhadores na produção industrial em São Paulo (décadas de 1930-1940). *In*: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org.). **História do Corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011. p. 371-404.
- BIRMAN, J. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 345-371, dez., 2010. Supl. 2.
- BRESCIANI, M. S. A Cidade e o Urbano: experiências, sensibilidades, projetos. **Urbana**, v. 6, n. 8, p. 63-94, jun., 2014.

BRUCKNER, P. **A Euforia Perpétua**: ensaio sobre o dever da felicidade. Rio de Janeiro: DIFEL, 2014.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUENO, A. C. **O Canto dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CARDOSO, C. C. C. **As faces da psicopatia**: violência e torpor na Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo (1930-1968). 2020. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

CARNEIRO, M. L. T. Metáforas Roubadas à Doença: particularidades do discurso racista. *In*: MONTEIRO, Y. N.; CARNEIRO, M. L. T. (org.). **As Doenças e os Medos Sociais**. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2012. p. 251-267.

CAROL, A. Decadências Corporais: diante da doença e da morte. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. **História das Emoções 3**: Do final do século XIX até hoje. Petrópolis: Vozes, 2020. p. 390-414.

CARRARA, S. **Crime e Loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, J. M. **A formação das almas**: O imaginário da República no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: fatores, inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.

CASTEL, P.-H. O caso da depressão. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. **História das Emoções 3**: Do final do século XIX até hoje. Petrópolis: Vozes, 2020. p. 442-464.

CHARTIER, R. **A Aventura do Livro**: do leitor ao navegador. São Paulo: Unesp, 1998.

CORBIN, A. **Saberes e Odores**: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CORBIN, A. **História do Silêncio**: do Renascimento aos nossos dias. Petrópolis: Vozes, 2021.

CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. **História da Melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CORREIA, T. B.; ALMEIDA, C. C. O. Habitação econômica no Brasil: o IDORT e sua revista (1932-1960). **Risco**, São Paulo, n. 17, p. 62-74, 2013.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COURTINE, J.-J.; HAROCHE, C. **História do Rosto**: exprimir e calar as emoções. Petrópolis: Vozes, 2016.

COURTINE, J.-J. Introdução: O império da emoção. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. **História das Emoções 3**: Do final do século XIX até hoje. Petrópolis: Vozes, 2020. p. 9-14.

COUTO, M. V. **A indústria editorial brasileira**: trajetória, problemas e panorama atual. 2006. Monografia (Graduação em Comunicação Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CRISTIANO, G. **O Suicídio e a Liga Brasileira de Higiene Mental**: debates e práticas de ordenação da vida e indivíduos nos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (1925-1930). 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em História) – Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos, 2022.

CUNHA, M. C. P. **O Espelho do Mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DANTES, M. A. M. Introdução. *In*: DANTES, M. A. M. (org.). **Espaços da Ciência no Brasil**: 1800-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 13-22.

DELUMEAU, J. **História do Medo no Ocidente 1300-1800**: uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DIAS, A. A. T. **Arquivos de Ciências, Crimes e Loucuras**: Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940. 2015. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 135-146, fev., 2005.

DURKHEIM, É. **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

FAUSTO, B. **O Crime do Restaurante Chinês**: carnaval, futebol e justiça na São Paulo dos anos 30. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

FAUSTO, B. **Crime e Cotidiano**: a criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.

FEITOZA, F. A. C. Eugenia imaginária e imagens de corpos: o sensível fascista de capa de revista. **Comunicologia**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 294-310, 2015.

FERLA, L. A. C. **Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945)**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERLA; L.; ALVAREZ, M. C. Criminologia e Medicina Legal em São Paulo: Juristas e Médicos e a construção da ordem. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios Paulistas: a história e suas interfaces**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011. p. 63-88. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 1).

FERREIRA, A. C.; LUCA, T. R. Medicina e Práticas Médicas em São Paulo: Uma Introdução. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios Paulistas: a história e suas interfaces**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011. p. 15-35. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 1).

FERREIRA, M. S. Medicalização da Vida: sobre o processo de biologização da existência. **Alumni**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 26-34, jul./dez., 2017.

FIGUEIREDO, B. G. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.

FIORIN, J. L. Paixões, afetos, emoções e sentimentos. **Cadernos de Semiótica Aplicada**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-15, dez., 2007.

FRITSCH, W. 1922: A crise econômica. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11. p. 3-8, 1993.

FU I, L.; CURATOLO, E.; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 22, p. 24-27, 2000. Supl. II.

GONZÁLES, A. M. R. El Suicidio. *In*: GONZÁLES, A. M. R (org.). **Estudios Médico-sociales sobre Marginados en la España Del siglo XIX**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990. p. 37-41. (Colección Textos Clássicos Españoles de la Salud Pública).

GUIMARÃES, A. N. *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, abr./jun., 2013.

HANDA, T. **O Imigrante Japonês: a história de sua vida no Brasil**. São Paulo: T. A. Queiroz, Editor, LTDA, 1987.

HENRARD, L. P.; REIS, C. W. A medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade. **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá, Caderno de Ciências Humanas**, Prudentópolis, v. 5, n. 2, p. 32-48, dez., 2003.

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

HOBBSAWM, E. **A Era dos Impérios: 1875-1914**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

HOOKS, b. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. Petrópolis: Elefante, 2021.

ILLOUZ, E.; ALALUF, Y. B. O Capitalismo Emocional. *In*: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. **História das Emoções 3: Do final do século XIX até hoje**. Petrópolis: Vozes, 2020. p. 74-100.

KOBAYASHI, E.; FARIA, L.; COSTA, M. C. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brail: a saúde como proposta de regeneração nacional. **Interfaces**, Porto Alegre, ano 11, n. 22, p. 324-351, jul./dez., 2009.

LABANCA, G. Mercado brasileiro de livros em meados do século XX: a conquista de uma nova mentalidade econômica. *In*: XV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste. 2010, Vitória. **Anais [...]** Vitória: Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2010. p. 1-13.

LA ROCQUE; L.; TEIXEIRA, L. A. Frankenstein, de Mary Shelley, e Drácula, de Bram Stoker: gênero e ciência na literatura. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 10-34, mar./jun., 2001.

LIMA, S. F.; CARVALHO, V. C. Fotografias: usos sociais e historiográficos. *In*: PINSKY, C. B. LUCA, T. R. (org.). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2009. p. 29-60.

LOPES, F. H. **O Suicídio Sem Fronteiras: entre a razão e a desordem mental**. 1998. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

LOPES, F. H. Do Suicídio e dos Corpos: histórias e problematizações. *In*: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011. p. 251-281.

LUCA, T. R. **Revista do Brasil: um diagnóstico para a (n)ação**. São Paulo: Unesp, 1999.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAI, L. D.; ANGERAMI, E. L. S. Eugenia Negativa e Positiva: significados e contradições. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 251-258, 2006.

MARINHO, M. G. S. M. C. A Fundação Rockefeller e instituições de ensino e pesquisa em São Paulo. Procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). **Horizontes**, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 151-158, jul./dez., 2004.

MARINHO, M. G. S. M. C. Difundir a Ciência, Modernizar a Medicina. Pactos para uma Nova Racionalidade Médica: São Paulo, 1916-1925. *In*: MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. (org.). **Caminhos e Trajetos da Filantropia Científica em São Paulo**: A Fundação Rockefeller e suas Articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, 2013, p. 13-35. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 3).

MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. Tramas e Teias da Retórica Eugênica em São Paulo. Personagens, Contextos e Instituições Médicas (1916-1954). *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **Eugenia e História**: Ciência, Educação e Regionalidades. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013. p. 201-218. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 4).

MARQUETTI, F. C. **O suicídio como espetáculo na metrópole**: cenas, cenários e espectadores. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011.

MARTINS, A. P. V. A Utopia Amorsa de Jules Michelet. *In*: BREPOHL, M.; CAPRARO, A. M.; CARRAFFONI, R. S. (org.). **Sentimentos na História**: linguagens, práticas, emoções. Curitiba: UFPR, 2012, p. 154-181.

MARÇAL, M. N. Entre o Bisturi e o Maracá: visões da medicina durante a Primeira República brasileira. **Pluralistas**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 69-85, dez., 2022.

MENDES, B. C. *et al.* Legítima Defesa da Honra. **ETIC**, v. 3, n. 3, p. 1-13, 2007.

MINOIS, G. **História do Riso e do Escárnio**. São Paulo: Unesp, 2003.

MINOIS, G. **História do Suicídio**: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: Unesp, 2018.

MINOIS, G. **História da Solidão e dos Solitários**. São Paulo: Unesp, 2019.

MIRANDA, J. S. *et al.* Convulsoterapias na prática psiquiátrica brasileira. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 21, p. 158-173, 2019.

MONTEIRO, Y. N.; CARNEIRO, M. L. T. (org.). **As Doenças e os Medos Sociais**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012.

MORAES MEDEIROS, M. B. Interdição civil: uma exclusão oficializada?. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 1-21, nov., 2006.

MOREIRA, A. C. G. **Clínica da Melancolia**. São Paulo: Escuta/Edufpa, 2002.

MOTA, A. **Quem é bom já nasce feito**: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MOTA, A. USP avant USP: o caso da Faculdade de Medicina em 1911. **Revista USP**, São Paulo, n. 61, p. 210-221, mar./mai., 2004.

MOTA, A. **Tropeços da Medicina Bandeirante: Medicina Paulista entre 1882-1920**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

MOTA, A. Quem tem medo da eugenia? Permanências discursivas de uma prática inacabada. *In*: MONTEIRO, Y. N.; CARNEIRO, M. L. T. (org.). **As Doenças e os Medos Sociais**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2012. p. 219-149.

MOTA, A. A moderna cidade de São Paulo e as doenças do progresso, 1930-1970. **Khronos**, n. 6, p. 1-30, 2018.

MOTTA, L. G. **Análise Crítica da Narrativa**. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

MOUCHERECK, C. M. B. **Moda, Paulistanidade e Masculinidades: a roupa de Martiniano Medina (São Paulo – 1900-1930)**. 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2022.

MOURA, B. H.; POPPERL, M. S. Belas, recatadas e loucas: mulheres no Manicômio Judiciário de São Paulo. **Humanidades em Diálogo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 53-65, 2019.

MOURA, H. V. C. Vivências de diagnóstico de psicose maníaco-depressiva no hospital dos alienados de Recife nos anos 50. **Cadernos de História**, Recife, v. 7, n. 7, p. 145-166, 2010.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez., 2005.

OLIVEIRA, A. C. G. A morte pela espada: o suicídio ritualístico japonês analisado à luz da teoria de Émile Durkheim. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 25, n. 48, p. 289-308, jan./jul., 2020.

PRADO, P. **Retrato do Brasil: Ensaio sobre a tristeza brasileira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

PEREIRA, B. S. B. **Entre a Loucura e a Norma: mulheres internadas no Sanatório Pinel (São Paulo, 1929-1944)**. 2016. Dissertação (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PEREIRA, L. M. F. **Reforços da ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX**. 1995. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PERES, U. T. **Depressão e Melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

PESAVENTO, S. J. **História & História Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

POLUBRIAGINOF, C. **Liga Brasileira de Higiene Mental: representações do feminino no discurso médico psiquiátrico (1923-1947)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2016.

POLUBRIAGINOF, C; SOUZA CAMPOS, P. F. Enfermagem psiquiátrica: análise do Manual Cuidados aos Psicopatas. **Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. IV, n. 9, p. 125-132, abr./jun., 2016.

POMBO, M. F. Medicalização do sofrimento na cultura terapêutica: vulnerabilidade e normalidade inalcançável. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1-14, jan./mar., 2017.

RAMOS, R.; BARBOSA, V. A mortalidade por suicídio no município de São Paulo. **Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 1-2, p. 33-66, jun./dez., 1965.

RASPANTI, M. P. Vestindo o Corpo: breve história da indumentária e da moda no Brasil, desde os primórdios da colonização ao final do Império. *In*: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011. p. 185-221.

RIBEIRO, P. S. Um Médico, Uma Ideia e um Hospital: Dr. Franco da Rocha e a concepção do Juquery. *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012. p. 145-158. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 2).

RIGONATTI, S. P. Notas Sobre a História da Psiquiatria Forense, da Antiguidade ao começo do século XX. *In*: RIGONATTI, S. P. (coord.); SERAFIM, A. P.; BARROS, E. L. (org.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003. p. 17-23.

ROSENWEIN, B. H. **Emotional Communities in the early Middle Ages**. Itchaca, NY: Cornell University Press, 2006.

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

ROUDINESCO, E. **A parte obscura de nós mesmos: uma história dos perversos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

SANT'ANNA, D. B. Higiene e higienismo entre o Império e a República. *In*: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org.). **História do Corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011. p. 283-312.

SANT'ANNA, D. B. 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.

SANTOS, C. J. F. **Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza: 1890-1915**. São Paulo: Annablume/ Fapesp, 2003.

SANTOS, E. M. G. **A Face Criminosa**: o neolombrosianismo no Recife da década de 1930. 2008. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

SANTOS, L. F. R.; PEREIRA, M. I. F.; MARTINS, C. V. As doenças do coração e as emoções: conversações entre psicossomática e a psicologia analítica. **Self**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 1-15, 2017.

SANTOS, M. Demógrafos sanitários: o remédio era a boa estatística. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 185-204, jan./jun., 2015.

SANTOS SILVA, A. L. **Nos domínios do corpo e da espécie**: Eugenia e Biotipologia na constituição disciplinar da Educação Física. 2012. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SASSI, R. B.; SOARES, J. C. Ressonância magnética estrutural nos transtornos afetivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 23, p. 11-14, 2001. Supl. I.

SCHWARCZ, L. M. **O Espetáculo das Raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil: 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCLIAR, M. **Saturno nos Trópicos**: a melancolia europeia chega ao Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SERRA, L. N.; SCHUCMAN, L. V. Branquitude e Progresso: a Liga Paulista de Higiene Mental e os discursos paulistanos na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 288-311, 2012.

SERRA, L. N.; SCARCELLI, I. R. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-99, mar. 2014.

SEVCENKO, N. **Orfeu Extático na Metrópole**: São Paulo, Sociedade e Cultura nos Frementes anos 20. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SILVA, D. T. Eugenia, saúde e trabalho durante a Era Vargas. **Em tempo de Histórias**, Brasília, n. 33, p. 190-2013, ago./dez., 2018.

SILVA, E. R. S.; FERREIRA, C. Literatura, sensibilidades modernas e cientificismo em *Drácula* (1897), de Bram Stoker. **Diálogos**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 703-740, mai./ago., 2015.

SILVA, H.; CARNEIRO, M. C. R. **Começa a Revolução**: 1923-1926. São Paulo: Três, 1975.

SILVA, M. R. B. **O mundo transformado em laboratório**: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933. 2003. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, M. R. B. O progresso de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 27, n. 53, p. 243-266, 2007.

SILVA, M. R. B. Revistas Médicas Paulistas e a Nova Realidade Republicana. *In*: MOTA, A. MARINHO, M. G. S. M. C. **Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios Paulistas**: a história e suas interfaces. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011. p. 89-104. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 1).

SILVA MELEIRO, A. M. A. Suicídio e Tentativa de Suicídio: aspectos médico-legais. *In*: RIGONATTI, S. P. (coord.); SERAFIM, A. P.; BARROS, E. L. (org.). **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003. p. 263-284.

SIQUEIRA, L. F. L. **Afecções de Mulher**: A construção do feminino no compêndio Psiquiatria Clínica e Forense de Antonio Carlos Pacheco e Silva (São Paulo, 1930-1940). 2022. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2022.

SIQUEIRA, S. A. A Renovação da História: História dos Sentimentos. **Revista de História**, São Paulo, v. 54, n. 108, p. 563-578, 1976.

SOUZA CAMPOS, P. F. **Os Crimes do Preto Amaral**: representação da degenerescência em São Paulo, 1920. 2003. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2003.

SOUZA CAMPOS, P. F. “Loucos de Todo Gênero”: o manual Psiquiatria Clínica e Forense de Antonio Carlos Pacheco e Silva. **Projeto História**, São Paulo, v. 72, p. 81-106, set./dez. 2021.

STEFANO, W.; PEREIRA, A. A. A Abordagem da ‘Educação Sexual’ no Boletim de Eugenia (1929-1933). **Revista Pluri**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 65-72, jul./dez., 2019.

TARELOW, G. Q. Um Tratamento de Choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925-1940). **Cadernos de História da Ciência**, v. 5, n. 1, p. 8-22, 2009.

TARELOW, G. Q. **Entre Febres, Comas e Convulsões**: as terapias biológicas no hospital do Juquery administrado por Pacheco e Silva (1923-1937). 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TARELOW, G. Q. Psiquiatria em Convulsão: a cardiazolterapia e a introdução da eletroconvulsoterapia no Hospital de Juquery (1936-1950). *In*: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). **História da Psiquiatria**: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina; UFABC, Universidade Federal do ABC; CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012. p. 213-228. (Coleção Medicina, Saúde e História, v. 2).

TARELOW, G. Q. **Entre Comas, Febres e Convulsões**: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937). Santo Andre: Universidade Federal do ABC, 2013.

TARELOW, G. Q. **Antonio Carlos Pacheco e Silva**: psiquiatria e política em uma trajetória singular (1898-1989). 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

TAVOLARO, J. E. M. **Medicina Psiquiátrica e Sexualidade Feminina**: um estudo de caso sobre lesbianismo e abjeção no Brasil (1930-1940). 2020. Dissertação (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

TOASSA, G. Muito além dos padrões: as emoções como objeto interdisciplinar. *In*: ALVES, M. A. (org.). **Cognição, Emoções e Ação**. São Paulo: Cultura Acadêmica; UNICAMP; Centro de Lógica, Epistemologia e História da Ciência, 2019. p. 335-357.

TOLEDO, E. T.; VIMEIRO, A. C. A Vida Sexual, de Egas Moniz: eugenia, psicanálise e a patologização do corpo sexuado feminino. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 69-86, supl. ago., 2018.

TOLEDO, E. T. **A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo**: uma questão de gênero (1936-1956). 2019. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

TOLEDO, R. P. **A Capital da Solidão**: uma história de São Paulo das origens a 1900. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

TOLEDO, R. P. **A Capital da Vertigem**: uma história de São Paulo de 1900 a 1954. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

URQUIZA, L. M. F. P. **Um tratamento para a loucura**: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no estado de São Paulo. 1991. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

VEYNE, P. **Como se escreve a história; Foucault revoluciona a história**. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.

VILHENA NOVAES, J. Beleza e feiura: corpo feminino e regulação social. *In*: DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011. p. 477-506.

VIMIEIRO GOMES, Ana Carolina. A emergência da biotipologia no Brasil: medir e classificar a morfologia, a fisiologia e o temperamento do brasileiro na década de 1930. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v. 7, n. 3, p. 705-719, 2012.

VIMIEIRO GOMES, A. C.; SANTOS SILVA, A. L.; VAZ, A. F. O Gabinete Biométrico da Escola de Educação Física do Exército: medir e classificar para produzir corpos

ideais, 1930-1940. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1551-1569, out./dez., 2013.

VINCENT-BUFFAULT, A. **História das Lágrimas**: séculos XVIII-XIX. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

WADI, Y. M. A história de Pierina e as interpretações sobre processos de sofrimento, perturbação e loucura (RS/Brasil, século XX). **Horizontes**, Bragança Paulista, v. 21, p. 83-103, jan./dez., 2003.

WALTON, S. **Uma História das Emoções**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

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

FONTES

ANDRADE, M. **Mário de Andrade**: Poesias completas. Edição crítica de Diléa Zanotto Manfio. Belo Horizonte: Itatiaia, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1987.

As grandes enchentes em São Paulo. **Correio Paulistano**, São Paulo, 23 de jan., 1929.

BUKOWSKI, C. **O amor é um cão dos diabos**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2011.

Em torno das últimas enchentes: para prevenir os males futuros com edificações às margens do Tieté e Tamanduatehy. **Folha da Manhã**, São Paulo, ano IV, n. 1.407, p. 9, 26 de mar., 1929.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1930. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046630&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1931. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046631&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1932. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046632&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1933. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046633&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1934. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046634&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1935. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046635&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1936. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046636&parte=1v>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1937. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046637&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1938. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046638&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021

Estatística Demographo-Sanitaria do Municipio de São Paulo, 1939. São Paulo: D. E. E., s.d. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/singlepage/index.php?pubcod=10046639&parte=1>. Acesso em: 15 de out. 2021.

Loucura de um pae. Um japonéz mata, a golpes de machado, a sua esposa e quatro filhos. **Correio Paulistano**, São Paulo, 21 de mai., 1926.

Loucura ou perversidade? Em Pennapolis um Japonéz matou a mulher e cinco filhos. **Folha da Noite**, São Paulo, ano VI, n. 1.614, p. 8, 20 de mai., 1926.

Neurose dos Dirigentes. **O Dirigente Industrial**, [s. l], p. 16-18, out., 1962.

Não Existe amor em SP. Na voz de Criolo. São Paulo: Oloko Records, 2011. 1 música.

O crime de um louco. **Correio Paulistano**, São Paulo, 22 de mai., 1926.

O mal das enchentes: as margens do Tieté, o sr. Pires do Rio e o sr. Couto de Magalhães. **Folha da Manhã**, São Paulo, ano IV, n. 1.410, p. 1, 29 de mar., 1929.

Os Grandes Degenerados. **Folha da Manhã**, São Paulo, ano I, n. 323, p. 4, 21 de mai., 1926.

PACHECO E SILVA, A. C. Suicídios e Entorpecentes. **Boletim de Hygiene Mental**, São Paulo, ano IV, n. 38, out., 1947.

PACHECO E SILVA, A. C. Fundamentos da Medicina Psico-somática. **Anais Paulista de Medicina e Cirurgia**, São Paulo, v. LVIII, p. 365-370, out., 1949.

PACHECO E SILVA, A. C. **Palavras de Psiquiatria**. São Paulo: Gráfica e Editôra EDIGRAF S. A., 1950.

PACHECO E SILVA, A. C. **Psiquiatria Clínica e Forense**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1940.

PACHECO E SILVA, A. C. **Psiquiatria Clínica e Forense**. São Paulo: Renascença, 1951.

PACHECO E SILVA, A. C. Evite a Neurose, Durma. **Guia do Lojista**, [s. l.], ano III, n. 25, jan., 1970.

PACHECO E SILVA, A. C. **Desajustes psico-sociais**. São Paulo: Gráfica e Editôra EDIGRAF S. A., 1973.

POE, E. A. A Queda da Casa Usher. *In*: POE, E. A. **Os Crimes da Rua Morgue e outras histórias extraordinárias**. Rio de Janeiro: Rocco. p. 90-105.

ROCHA, F. F. **Esboço de Psychiatria Forense**. São Paulo: Typ. Laemmert, 1904.

Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Suicídios. *In*: SERVIÇO sanitário do Estado de São Paulo. **Anuário Demographico. Secção de Estatística Demographo-Sanitaria**: Capital, Santos, Campinas e Ribeirão Preto, 1929. Imprensa Oficial: São Paulo, 1932. p. 246-254. (v. 1)

SHAKESPEARE, W. **Romeu e Julieta**. São Paulo: Martim Claret, 2002.

STEVENSON, R. L. **O Médico e o Monstro**. São Paulo: Martim Claret, 2012.

STOKER, B. **Drácula**: O convidado de Drácula. Drácula: Uma história de mistério. São Paulo: Landmark, 2012.