

Doença mental e democracia na Bolívia

o Manicomio Pacheco, 1935-1950

Ann Zulawski

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ZULAWSKI, A. Doença mental e democracia na Bolívia: o Manicomio Pacheco, 1935-1950. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 454-491. ISBN 978-85-7541-311-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

MANICOMIO NACIONAL "PACHECO"
SECCION VARONES

GENERALES
 N.º 251.
 Nombre _____
 Edad 20 años.
 Estado Soltero.
 Natural de Quims.
 Procedente de Sucre.
 Profesión Aydt. Mecánico.

FILIACION
 Raza Mestiza.
 Color Moreno.
 Cabello Negros.
 Ojos Café obscuros.grandes
 Nariz Ancha.
 Labios Gruesos.
 Estatura _____

OBSERVACIONES
 Datos especiales _____

Señas particulares
 Cicatriz en el mentón.



MANICOMIO NACIONAL "PACHECO"
SECCION VARONES

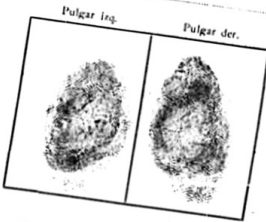
GENERALES
 N.º 262.

Nombre _____
 Edad 35 años.
 Estado Soltero.
 Natural de Galcha.
 Procedente de Potosí.
 Profesión Labrador.

FILIACION
 Raza Indígena.
 Color Moreno.
 Cabello Negros.
 Ojos Café Obscuros.
 Nariz Ancha.
 Labios Gruesos.
 Estatura _____

OBSERVACIONES
 Datos especiales _____

Señas particulares
 Gran cicatriz en el
 lado derecho de la
 frente.



Director. _____

Fichas de internos do Manicômio Pacheco com informações sobre profissão, cor e raça, entre outras. Acervo do Arquivo Nacional da Bolívia, La Paz.

*Doença mental e democracia na Bolívia:
o Manicómio Pacheco, 1935-1950**

Ann Zulawski

* Originalmente publicado em ARMUS, D. (Ed.) *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to Aids*. Durham: Duke University Press, 2003. Tradução de Paulo M. Garchet

Em 1948, na última página da publicação das atas de um importante congresso boliviano de medicina que se realizara em 1947, surgiu um anúncio do Manicomio Nacional Pacheco, o único sanatório verdadeiramente especializado em doenças mentais da Bolívia, localizado na cidade de Sucre. O anúncio dizia que o Manicomio oferecia o que havia de mais moderno no tratamento das desordens psiquiátricas: “Cardiazol”, terapia eletroconvulsiva, até mesmo psicanálise, e proclamava que “as doenças mentais são curáveis. Tão curáveis quanto qualquer outra doença que seja ‘oportunamente’ tratada” (*Actas de las Segundas Jornadas Médico-quirúrgicas Nacionales*, 1948:410). Prosseguia enfatizando que todas as condições mentais ou nervosas devem ser tratadas por especialistas, e instava os leitores a fugir dos charlatões, fossem eles bolivianos ou estrangeiros. Anunciava ainda que o Manicomio Pacheco tinha acomodações especiais para pacientes, masculinos e femininos, que pudessem pagar pelo tratamento.

Cinco anos antes, o dr. Miguel Levy, autoridade médica suprema no departamento de Chuquisaca, onde fica a cidade de Sucre, publicara um artigo intitulado ‘O declínio mental do índio’ em um respeitado jornal médico nacional (Levy, 1942). Levy combinara conceitos de darwinismo social sobre a sobrevivência dos mais aptos com idéias lamarckianas sobre a hereditariedade de características adquiridas e noções freudianas de desenvolvimento emocional para provar que a população indígena da Bolívia era mentalmente deficiente e que seria “uma utopia [pensar que] o índio de nossos dias ou seu próximo descendente [pudesse ser] um cidadão no estrito senso da palavra” (Levy, 1942:16-17). Segundo o artigo, tanto a inatividade intelectual quanto o pequeno tamanho de seu cérebro contribuíam para sua existência primordialmente vegetativa. Um desenvolvimento emocional interrompido resultava em uma simplificação de todas as funções psíquicas. O índio mantinha um egoísmo infantil durante toda a vida e era incapaz de amor real ou quaisquer emoções complexas. Uma ausência de imaginação e curiosidade intelectual, memória mínima, atenção de curta duração e a pobreza das línguas aimará, quéchua e guarani tornavam o boliviano nativo, em geral, inadequado para educação. No entanto, ainda segundo Levy (1942), quando obtinha um mínimo de escolaridade o índio tornava-se um tirano, agredindo outros índios analfabetos e abusando deles.¹

Em ambos, no anúncio e no tratado de Miguel Levy, há vários aspectos importantes que os tornam representativos da Bolívia da década de

1940. É significativo o fato de o anúncio ter sido veiculado em uma publicação médica que seria, primordialmente, lida por médicos. Tratava-se, claramente, de uma afirmação, por parte de psiquiatras e autoridades do Manicomio Pacheco, de sua especialização profissional e de uma invocação para que seus colegas de outras especialidades reconhecessem sua capacidade em termos de saúde mental. De fato, foi nessa década que os médicos que atendiam os doentes mentais na Bolívia começaram a perceber que poderiam obter consideráveis melhoras nas condições de algumas pessoas por meio de novos tipos de tratamento, em vez do simples confinamento dos pacientes. Durante a década de 1940, mais pacientes foram admitidos no hospital do que em qualquer outra década entre 1884, quando foi fundado, e 1960. Talvez isso se devesse a uma maior conscientização sobre a doença mental por parte dos médicos e outras autoridades da área da saúde e às maiores esperanças de recuperação.

O anúncio foi também uma defesa das instalações do hospital gerido pelo Estado, em uma época em que sanatórios privados bolivianos começavam a tratar algumas pessoas com desordens mentais. O fato de que o Manicomio passara a ter pavilhões especiais para aqueles que pudessem pagar era alardeado para atrair as famílias mais ricas, que poderiam ter escrúpulos quanto a enviar seus parentes a uma instituição que vivia em estado de indigência crônica. De fato, antes da década de 1940 (quando foram introduzidos alojamentos especiais para ‘pensionados’, pagantes) os relatórios dos diretores do hospital detalhavam consistentemente as terríveis condições do Manicomio, devidas à falta de fundos (Balcazar, 1956). A administração do hospital pode ter pretendido usar as taxas cobradas aos ‘pensionados’ para subsidiar melhorias no Manicomio, melhorias estas que eventualmente serviriam para realçar o prestígio dos profissionais da saúde mental e da psiquiatria em geral.

O tratado de Miguel Levy, em contrapartida, é representativo da época por se tratar de uma reação extrema, mas não atípica, contra o novo discurso político democrático que estava sendo desenvolvido na Bolívia na década de 1940, o qual rejeitava a discriminação e a desigualdade. Particularmente preocupado em rebater aqueles que favoreciam a educação como um direito de todos os bolivianos, Levy objetava especificamente aos escritos do sociólogo José Antonio Arze, que propunha a recuperação de terras roubadas, o fim dos trabalhos forçados e oportunidades educacionais como as melhores formas de ajudar os índios a realizarem seu potencial (Klein,

1992). Mais ainda, a avaliação de Levy sobre os índios bolivianos, como psicologicamente diferentes e inferiores aos não-índios, levanta dúvidas sobre os critérios então usados pelos médicos no reconhecimento e tratamento de doenças mentais em pacientes de etnias diversas.

Aqui, examina-se, por meio do estudo dos registros do Manicomio Pacheco e dos escritos de médicos que trabalharam com pacientes mentais, quem era considerado mentalmente doente e como eram tratados na Bolívia da década de 1940. Indaga-se se as novas políticas democráticas e populistas do período influenciaram a prática psiquiátrica, e que impacto classe social e gênero tinham no diagnóstico e no tratamento. Examina-se como os médicos entendiam a capacidade intelectual e a estabilidade emocional de índios e mulheres, dois grupos que, na sociedade boliviana, não tinham direitos integrais de cidadania. Uma importante revelação é que, se mulheres e índios eram considerados 'diferentes' e inferiores em sua constituição psicológica, seu comportamento poderia também ser rotulado de aberrante se não fosse suficientemente 'outro', isto é, se emocional e intelectualmente fosse parecido demais com o dos homens não-índios.²

O Período

As décadas de 1930 e 1940 foram, na Bolívia, anos de convulsão social e política exacerbada pela Guerra do Chaco com o Paraguai (1932-1935). Essa guerra, para a qual a Bolívia estava militarmente despreparada, ressaltou dramaticamente todas as contradições de etnia e classe inerentes à nação e que terminaram por causar a queda da oligarquia política dos proprietários da terra e das minas, que havia controlado o país desde a independência. Durante a guerra, a vasta maioria dos conscritos era de camponeses que falavam aimará ou quéchua e que eram ou enviados para as linhas de frente, ou forçados a trabalho estafante, abrindo estradas para acesso às áreas do conflito (Arze Aguirre, 1987; Klein, 1992). Frequentemente, em ambos os casos, nada tinham para comer ou beber, e mais soldados sucumbiram por doença que por ferimentos (Melean, 1938).

À medida que a incompetência militar daqueles que estavam no comando e um exército à beira da inanição contribuía para derrota após derrota dos bolivianos, muitos civis começaram a perceber a injustiça inerente ao fato de experimentarem extrema privação aqueles que estavam no *front*, enquanto os oficiais brancos e *mestizos* mais privilegiados

permaneciam em relativo conforto e segurança por trás das linhas. Finalmente, a Bolívia foi forçada a admitir a derrota e assinou um tratado de paz em junho de 1935. O fim da guerra significou mais que a perda de território para o Paraguai. Na debacle que se seguiu houve um furor de organização popular, a criação de novos partidos políticos populistas e de esquerda, e as questões de reforma agrária e nacionalização das minas ganharam lugar de relevo na agenda do país.

Pelo final da década de 1930, o país experimentou um ‘socialismo militar’, com as presidências dos coronéis David Toro e Germán Busch (1936-1939). Durante esse período, foram nacionalizadas as propriedades da Standard Oil of Bolivia, redigiu-se uma nova constituição que enfatizava a responsabilidade da nação pelo bem-estar dos cidadãos e, pela primeira vez, constituiu-se um Ministério do Trabalho. Um movimento indígena exigindo terra e educação que havia surgido nas décadas de 1920 e 1930 foi revitalizado e, no período pós-Chaco, associou-se a um crescente e militante movimento trabalhista (Klein, 1992; Rivera Cusicanqui, 1984). As mulheres trabalhadoras estiveram ativas nesse ímpeto de atividade, organizando sindicatos de cozinheiras, floristas e vendedoras dos mercados públicos, com orientação anarquista. Essas organizações fizeram também demandas típicas de gênero, por creches financiadas pelo governo e por direitos iguais para mães solteiras (Wadsworth & Dibbits, 1989; Lehm & Rivera Cusicanqui, 1988; Dibbits et al., 1989). Conquanto os governos do socialismo militar fossem primordialmente de natureza reformista-populista, houve clara influência, especialmente durante a presidência de David Toro, de idéias corporativistas e até mesmo fascistas. Alguns defensores do nacional-socialismo chegaram, até, a apoiar as políticas anti-semiticas da Alemanha nazista (Dunkerley, 1984).

O clima político em mutação trouxe também novas iniciativas em saúde pública. Em 1936, foi fundado o Ministerio del Trabajo, Prevision Social y Salubridad, e em 1938 criou-se um Ministerio de Higiene y Salubridad independente. As novas atitudes ficavam evidentes nos escritos radicalizados dos profissionais da medicina nesse período. No Primeiro Congresso Médico, em 1939, o dr. José Antezana Estrada apresentou projeto de um novo código sanitário em que caracterizava a Bolívia como um país “semicolonial” com o mais baixo nível econômico do mundo (Antezana Estrada, 1939:2). A súmula de um congresso de “médicos mineiros” do mesmo ano informa que haviam surgido duas tendências políticas na

reunião: uma que “defendia os interesses estabelecidos”, e outra que “apoiava os direitos das classes proletárias” (Boletín del Ministerio de Higiene y Salubridade, 1939:142) No entanto, ao lado dessas análises de inspiração marxista, houve outras que sugeriam alternativas à medicina socializada, ou baseadas na iniciativa privada, ou favorecendo uma variedade de soluções eugênicas, como a esterilização dos criminosos e dos dementes (Osorio, 1946; Adriazola, 1941).³

Pelo final dos anos 1930 e durante a década de 1940, além de Miguel Levy, vários médicos associados ao Manicomio e alguns outros clínicos interessados em saúde mental publicaram artigos sobre psiquiatria e questões sociais. De modo geral, contudo, houve muito menos ênfase nas doenças mentais como um problema que deveria ser tratado pelo novo Estado democrático do que em outros tipos de doenças. Em parte, isso pode ter-se devido ao fato de gozar a psiquiatria, em todas as partes do mundo, de muito menos prestígio que outras especialidades porque, apesar de muita experimentação, os médicos, em geral, não pareciam particularmente eficazes na cura de portadores de doenças mentais graves. Além disso, para os médicos e os reformadores sociais interessados na promoção da justiça econômica, as doenças mentais podem ter parecido de importância secundária porque, aparentemente, afetavam muito menos pessoas que o tifo, a tuberculose ou a malária. Na Bolívia, mais ainda, o tratamento das doenças mentais fora, até essa época, bastante rudimentar e limitado, tanto pela escassez de fundos como de médicos treinados.

O Manicomio Pacheco e seus Pacientes

O primeiro e único asilo mental da Bolívia fora fundado em 1884, por iniciativa de Gregorio Pacheco, um importante industrial da prata que presidira a Bolívia entre 1884 e 1888. Apesar de, em 1890, ter sido estabelecida uma cátedra de psiquiatria na Universidade de Sucre, durante a primeira metade do século XX havia poucos psiquiatras treinados na equipe do hospital.⁴ Nicolás Ortiz, diretor do hospital entre 1884 e 1921, era ginecologista e pode ter chegado ao cargo de diretor por ser genro de Gregorio Pacheco. Jaime Mendoza, diretor de 1923 a 1926, era um clínico geral que se especializara em obstetrícia e que fora professor de patologia e pediatria antes de incorporar-se ao Manicomio. Na verdade, somente na década de 1940 a Bolívia veio a ter vários médicos efetivamente especializados

em psiquiatria. Um deles foi Alberto Martínez, o diretor do hospital entre 1944 e 1970.

Conquanto as estatísticas do hospital não sejam totalmente confiáveis, nunca houve um número muito grande de pacientes no Manicomio. Alfredo Caballero, que estudou a instituição, estima que entre 1884 e 1984 talvez vinte mil pessoas tenham passado pelo hospital. Esse número, porém, parece demasiado baixo, já que em determinados anos havia até duzentos pacientes nas alas masculina e feminina.⁵ Nos primeiros anos da instituição, a vasta maioria dos pacientes era diagnosticada simplesmente como “incurável”, e seu único tratamento era “confinamento indeterminado” (Caballero Zamora, 1989:149). Pela década de 1940, contudo, já eram usados nos diagnósticos registrados no Manicomio Pacheco os mesmos termos que apareciam nas estatísticas sobre pacientes psiquiátricos nos Estados Unidos ou em países da Europa ocidental. Apesar disso, um exame das condições mais comumente diagnosticadas na Bolívia demonstra algumas diferenças-chave. Em 1941, por exemplo, dos 177 pacientes masculinos do Manicomio, a maioria foi diagnosticada como esquizofrênicos (48) ou epiléticos (50).⁶ As estatísticas sobre as 464 mulheres internadas no hospital na década de 1940, para as quais há diagnósticos registrados, também revelam a epilepsia (145) seguida da esquizofrenia (113) como as doenças mais freqüentes.⁷ Dados de hospitais mentais dos Estados Unidos referentes aos períodos de 1934-36 e 1947-49 indicam, consistentemente, que um grande número de pacientes eram também classificados como esquizofrênicos, mas que era mínimo o número de pessoas internadas em instituições psiquiátricas por epilepsia. Em 1935, por exemplo, das mais de 101.000 novas internações em hospitais públicos dos Estados Unidos, menos de 0,5% era de epiléticos.⁸ Na verdade, desde meados do século XIX, os epiléticos haviam sido separados dos doentes mentais nos hospitais estadunidenses e europeus, inicialmente devido à crença de que a epilepsia era uma doença contagiosa à qual os insanos seriam ainda mais suscetíveis que as pessoas saudáveis (Levy, 1993).

Mais ainda, enquanto a psicose maníaco-depressiva foi a segunda causa mais comum das internações em hospitais dos Estados Unidos entre 1933 e 1936 (aproximadamente 12% das novas admissões e 26% das readmissões), no Manicomio Pacheco era um diagnóstico relativamente raro, tanto para homens quanto para mulheres. Em 1937, apenas três dos 127 homens internados no hospital foram ditos psicóticos maníaco-

depressivos e, em 1941, novamente três, entre 177. Das mulheres admitidas ao hospital na década de 1940 para as quais há diagnósticos disponíveis, apenas quatro foram declaradas maníaco-depressivas.

Assim, um grande percentual dos pacientes internados no Manicomio Pacheco era de pessoas que haviam sido hospitalizadas por uma condição (epilepsia) que na década de 1940 a maioria dos psiquiatras já não considerava uma doença mental. O diretor do hospital, Julio C. Fortún, comentou o fato em 1930, ao escrever para o presidente do conselho municipal da cidade de Sucre, dizendo que muitos epiléticos não tinham sintomas de doença mental e, assim sendo, deveriam estar em outros hospitais, não no Manicomio.⁹ Em contrapartida, não apenas a psicose maníaco-depressiva, como também a mania e a depressão como desordens independentes eram raras nos registros do Manicomio, o que pode significar: a) que estas condições psiquiátricas eram efetivamente menos comuns na Bolívia; b) que geralmente não eram percebidas como problema, a menos que fossem graves; ou c) que os sintomas a elas associados eram considerados relacionados a outras doenças (esquizofrenia, vários tipos de psicose).

A população de pacientes do hospital, tanto masculina como feminina, era bastante jovem. Entre os homens, em 1937 e em 1941, a faixa etária de maior representação era a de 21 a 30 anos. Em ambos os anos, dois terços dos pacientes masculinos tinham menos de 40 anos de idade. Entre as 454 mulheres admitidas na década de 1940 para as quais temos informações sobre idade, a maior coorte de dez anos também era a de 21 a 30 anos (105), e quase três quartos tinham 40 anos ou menos. Segundo os registros, a maioria dos homens internados no hospital em 1941 e em 1937 constituía-se de solteiros. Em 1941, os solteiros eram 140, havendo apenas 20 casados, enquanto em 1937, 21 eram casados e cem solteiros. Entre as mulheres internadas na década de 1940, 131 eram casadas e 263 solteiras. No entanto, como muitos casais na Bolívia dessa época não eram legalmente casados, não se pode afirmar com certeza que as pessoas registradas como solteiras não tivessem relações estáveis com companheiros, estabelecidas na forma dos costumes.

O Manicomio Pacheco era o único hospital em toda a Bolívia a tratar exclusivamente doenças mentais e, assim, a população dos internados era diversificada em termos de classe social e raça. A raça, contudo, era registrada de forma inconsistente nos documentos de admissão e nos históricos, de modo que não nos é possível estabelecer nem mesmo percentuais

aproximados de como a equipe categorizava etnicamente os pacientes. Pelos arquivos de 1941, dos 177 pacientes homens internados naquele ano, 67 eram ditos brancos, 76 mestiços e 34 índios. É um número relativamente baixo de índios, comparado com a provável representação deste grupo na população em geral – 63% pelo censo de 1950, sem levar em conta vários grupos étnicos pequenos das terras baixas (Rivera Cusicanqui, 1984). De qualquer modo, como ficará evidente mais tarde, a categoria ‘raça’ podia variar nos registros do hospital, refletindo uma fluidez típica da sociedade em geral.

Em termos de ocupação, o maior número de pacientes homens era de camponeses ou trabalhadores rurais (60), havendo também 22 estudantes, 13 comerciantes, diversos artesãos e um médico, um contador e vários funcionários administrativos. As profissões dos pacientes masculinos parecem coerentes com as tendências demográficas gerais, já que, à época, a Bolívia era um país predominantemente agrário. Entre as mulheres admitidas no hospital durante a década de 1940, a grande maioria (206) foi classificada como de ‘prendas do lar’ (*labores de casa*), uma descrição que incluía mulheres de uma grande variedade de situações econômicas. Das mulheres que informaram outras profissões, 28 eram costureiras, 13 professoras, 29 empregadas domésticas, 14 estudantes, 24 estavam envolvidas em atividades comerciais, 19 eram cozinheiras e 12 *palliris* (mulheres que trabalhavam nas áreas de mineração separando o minério de acordo com a qualidade).

Quanto ao tratamento, Cardiazol e insulina eram freqüentemente usados para tratar a esquizofrenia e a mania depressiva. A insulina, que fora usada pela primeira vez no tratamento de esquizofrênicos na década de 1930, na Áustria, produzia nos pacientes comas hipoglicêmicos que pareciam aliviar seus sintomas, pelo menos a curto prazo. Era, no entanto, extremamente perigosa, provocando a morte de pelo menos um em cada cem pacientes nos hospitais dos Estados Unidos, onde teve ampla utilização (Shorter, 1997). Cardiazol, droga similar à cânfora, induzia convulsões sem coma. Conquanto, segundo se afirmava, produzisse impressionante melhora em alguns pacientes, tinha efeitos colaterais desagradáveis, como ansiedade, náuseas e vômitos, e até severas dores musculares na área da injeção (Shorter, 1997). Em 1944, o diretor Alberto Martínez tratou pela primeira vez pacientes do Manicômio Pacheco com a terapia eletroconvulsiva (ECT). Das dez paciente mulheres que participaram da experiência (nove esquizofrênicas e uma maníaco-depressiva), quatro tiveram

remissão completa; outras quatro (entre as quais a maníaco-depressiva) tiveram melhora significativa e duas não responderam favoravelmente ao tratamento (Martínez Z., 1946; Caballero Zamora, 1989).

Além da insulina, do Cardiazol e da terapia eletroconvulsiva, os pacientes recebiam também diversos outros medicamentos, entre os quais bismuto e mercúrio, para a sífilis. É interessante observar que o Manicomio seguia utilizando essas duas drogas muito depois que o composto Salvarsan, à base de arsênico, se tornara o tratamento preferido para a doença e que, mesmo ao final da década de 1940, os médicos do hospital ainda não receitavam penicilina a seus pacientes sífilíticos. Os pacientes do Manicomio também recebiam, às vezes, fenobarbital para convulsões, quinino para malária e diversas vitaminas e ‘tônicos’ para revitalização geral. Há nos arquivos algumas raras referências à psicanálise e à psicoterapia, algumas vezes associadas à terapia eletroconvulsiva, mas não há indicações de que os médicos praticassem estas terapias, nem notas que indiquem o progresso dos pacientes. Os registros indicam que alguns pacientes recebiam um tipo de praxiterapia, o que geralmente significava que ajudavam no trabalho de manutenção do hospital: limpeza, cozinha e, possivelmente, jardinagem.

Apesar da maior variedade que então existia em termos de remédios e terapias para pacientes mentais, em comparação com as décadas anteriores, apenas uma minoria dos doentes recebia tratamento na década de 1940. Os resumos mensais referentes aos pacientes homens de 1947 e 1948 indicam que, na média, 35% recebiam alguma forma de tratamento (incluindo as vitaminas), enquanto 59% ficavam em ‘confinamento simples’, 3% estavam em observação e 3% tiveram alta.¹⁰

Conquanto os remédios oferecessem alguma esperança de melhora, para muitos pacientes o prognóstico não era particularmente bom. De todas as mulheres admitidas no hospital na década de 1940 para as quais a condição de saída foi registrada, 44% morreram (128 em 288), enquanto 54% tiveram alta e foram declaradas curadas ou com melhora. Entre as que tiveram alta em condições positivas, os maiores percentuais ficaram com as que haviam recebido diagnóstico de esquizofrenia (67%) e psicose (64%). Impressionantes 62% dos pacientes epiléticos deixaram o hospital mortos. Das mulheres que, segundo os registros, deixaram o hospital bem ou melhor, a maioria havia ficado no Manicomio um ano ou menos (79%) – quanto mais tempo um paciente ficasse no hospital, maior a probabilidade de que saísse em um caixão. Mas, entre os que morreram, um número considerável (44%) havia ficado no hospital um ano ou menos. No caso

daqueles que haviam ficado menos tempo no hospital, a causa da morte era geralmente um problema médico complicado por outros fatores como desnutrição, malária, tifo ou enterite (ANB, Instituto Psiquiátrico Nacional de Mujeres, Estadísticas).

Embora as estatísticas referentes aos homens não sejam exatamente comparáveis (já que englobam todos os homens internados em dois anos), elas indicam a mesma tendência. Dos 50 homens que deixaram o hospital em 1937, dois estavam “curados”, dez apresentavam “melhora”, enquanto 31 (62%) estavam mortos e sete haviam fugido. Dos 51 homens que deixaram o hospital em 1941, 15 foram classificados como “curados” ou “melhores”, 29 morreram (57%) e sete haviam fugido (ANB, Instituto Psiquiátrico Nacional de Varones, 73, Resúmenes, 1947, 1948).

Os médicos em seus escritos

Jaime Mendoza, o mais prolífico dos médicos que escreveram sobre assuntos psiquiátricos, estava firmemente convencido das origens fisiológicas das doenças psiquiátricas. Em um artigo sobre esquizofrenia publicado em 1938, Mendoza caracteriza-a como uma doença progressiva, que causava a destruição do cérebro, a qual se iniciava por lesões no tálamo e depois espalhava-se gradualmente para outras áreas. Ele nutria poucas esperanças de cura, mas afirmava que alguns tratamentos, como o choque insulínico, pareciam ser mais eficazes quando aplicados nos estágios iniciais da doença (Mendoza, 1938). Mendoza foi também o único médico boliviano a tentar dar uma contribuição teórica para o entendimento da psique humana. Em 1937, ele publicou ‘El trípode psíquico’ na *Revista del Instituto Médico Sucre* (RIMS), no qual combinava sua crença nas causas físicas (antes que emocionais) da doença mental com categorias similares às de id, ego e superego de Freud (ainda que não reconhecesse a semelhança). Mendoza ressaltava que, ao olharmos o interior de um crânio, poderíamos ver que o cérebro humano está dividido em três seções: o lobo occipital, o lobo temporal e o lobo frontal. Lançava então a hipótese de que aspectos distintos da consciência estariam associados a essas três áreas diversas do cérebro. Segundo ele, o instinto seria controlado pela área occipital, o afeto ficaria localizado na região temporal e o intelecto estaria associado ao lobo frontal (Mendoza, 1937a).

Embora fosse médico, Jaime Mendoza é mais lembrado, na verdade, como romancista e ensaísta. Muito de suas primeiras obras, que não tratam

especificamente de medicina, é marcado por uma combinação aparentemente contraditória de crítica social e voluntarismo. De um lado, ele apontava as condições de exploração do trabalho e a falta de regulamentação governamental como as causas das terríveis condições de vida das famílias da classe operária; de outro, culpava freqüentemente os pobres, especialmente as mulheres índias, pela mortalidade infantil e má saúde.¹¹ Mesmo em um artigo tardio sobre mortalidade infantil, escrito após a Guerra do Chaco, Mendoza ainda discute a sociedade boliviana em termos racistas:

O cholo, originalmente o rebento de índios e espanhóis, perdeu muito da resistência orgânica dos índios aos agentes destrutivos. Depois, há o fator moral, ou educacional. O fato de que o cholo se encontra em contato direto com seus superiores sociais fez que assimilasse, com maior facilidade que os índios, os defeitos e vícios [das classes superiores], em vez de suas boas qualidades. (Mendoza, 1937b:11)^{N.T.}

Mendoza, no entanto, tinha consciência das calamitosas condições econômicas e das privações do período pós-guerra, que afetavam negativamente as crianças e a saúde infantil. Conclamava filantropos individuais à ação para proteger mulheres e crianças, e ressaltava a necessidade de apoio do governo a tais iniciativas privadas, concluindo: “E agora, quando tanto se promove o socialismo, a necessidade [de proteger as crianças da nação] é ainda maior. O futuro da nação está com as crianças. Abandoná-las é um ato anti-social, ou se preferir, um ato anti-socialista” (Mendoza, 1937b:14).

Mais de dez anos depois, outro ex-diretor do Manicomio, Emilio Fernández, também escreveu um artigo para a RIMS sobre garantia do bem-estar às crianças e suas mães. Ao contrário de Mendoza, Fernández (1949) colocava a responsabilidade pelo bem-estar das crianças diretamente nos ombros do Estado e propunha várias leis destinadas a proteger as mulheres operárias e suas crianças: licença-maternidade paga, creches com pessoal bem educado, assistência econômica a mães solteiras e um salário mínimo para as famílias. Enfatizava que, no século XX, a assistência privada e a caridade haviam se tornado secundárias e que o atendimento médico e a proteção contra acidentes do trabalho eram vistos como direitos. Ele reconhecia mudanças nas atitudes em relação às mulheres, que já não eram mais vistas como “instrumentos de prazer”, mas como trabalhadoras em seus próprios lares, no comércio e na indústria. Ressaltava a

^{N.T.} As citações originalmente em espanhol foram traduzidas da versão em inglês.

função patriótica que as mulheres desempenhavam educando as crianças e provendo-lhes de bons lares. Finalmente, Fernández manifestava preocupação de que quaisquer novas leis de proteção às mulheres fossem também estendidas às camponesas, que eram “nossas irmãs em Cristo e em nacionalidade” (Fernández, 1949:56-57).

Nas leis que propunha, Fernández via também funções eugênicas. Disse: “O princípio fundamental da lei consiste na defesa do capital humano, tentando melhorar as qualidades físicas, morais e intelectuais dos indivíduos, isto é, da raça, sem recorrer à eutanásia ou a uma seleção estrita de progenitores” (Fernández, 1949:57).

Ele propôs campanhas de saúde pública contra a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo dos pais. Ressaltou também a importância da prevenção de casamentos consanguíneos e da procriação de pessoas que fossem ou muito jovens, ou muito velhas, o que poderia causar problemas mentais. Dizia, ainda, que as destruições causadas pela guerra, pela pobreza e pela má nutrição tinham efeitos deletérios nas mulheres grávidas e poderiam levar a uma prole enferma.

Em geral, Fernández propunha uma espécie de eugenia ‘social’, ou ‘preventiva’, que Nancy Stepan (1991) demonstrou ter tido larga aceitação na América Latina, especialmente na década de 1920. Tal abordagem hauria muito das idéias lamarckistas sobre as possibilidades de provocar alterações genéticas por meio de mudanças ambientais e considerava os movimentos sanitaristas e higiênicos como eugênicos, isto é, que levavam a um aprimoramento da raça. Ao contrário daqueles que adotavam uma linha eugênica ‘dura’ e argumentavam que os ‘inaptos’ (que poderiam incluir os índios ou outras populações de raça mestiça) não deveriam ter direito a reproduzir-se ou, até, que se deveria, abandonando-os à própria sorte, deixar que morressem, uma abordagem eugênica ambientalista defendia na Bolívia a esperança de criar-se uma nação saudável por meio de políticas sociais e de medidas de saúde pública. Embora em 1948, quando Fernández escreveu o artigo, a eugenia estivesse já desacreditada para muitos, devido à sua associação com a Alemanha nazista, a eugenia ‘suave’ boliviana parecia mesclar-se bem com os apelos populistas por democracia e justiça social.¹²

No entanto, nem todos os que escreveram sobre questões de saúde mental apoiavam a linha eugênica ‘suave’. Em 1941, o dr. Cesar Adriaola, professor de psiquiatria da escola de medicina da cidade de Cochabamba e ex-diretor geral de Saúde, escreveu um artigo propondo a esterilização

seletiva. Afirmando que a maioria dos conflitos sociais era causada por distúrbios mentais dos que os perpetravam, e que a maior parte dessas desordens mentais era herdada, Adriazola redigiu uma minuta de lei para esterilização 'social'. Isso seria necessário na Bolívia, afirmava ele, precisamente porque as medidas de reforma do tipo apoiado por Fernández jamais conseguiriam ter sucesso devido ao "nível cultural inferior das massas e à enorme propagação entre elas do alcoolismo e da criminalidade" (Adriazola, 1941:49). Em vista disso, propunha a esterilização dos criminosos habituais ou congênitos, dos criminosos degenerados e daqueles que sofressem de insanidade moral; dos delinqüentes psicopatas, incluindo os que sofressem de epilepsia, esquizofrenia, demência precoce, paranóia ou retardamento; dos delinqüentes alcoólicos (sem exceção); e dos mentalmente doentes que, mesmo que não fossem delinqüentes, houvessem sido internados por ações violentas ou agressivas (Adriazola, 1941:50).

Inclinado a medidas ainda mais severas estava Miguel Levy, o diretor de Saúde do departamento, que em 1942 havia escrito um artigo sobre a decadência mental dos índios. Em 1944, no que deve ter parecido um tapa na cara do diretor Emilio Fernández e de toda a equipe do hospital, Levy proclamou que as condições do Manicomio eram tão ruins que seria preferível melhorar a situação por meio de uma "eutanásia seletiva, como se fazia nos países europeus mais civilizados" (Caballero Zamora, 1989:180). Considerando a opinião de Levy sobre a degeneração dos índios, não restam dúvidas quanto a quais pacientes mentais ele selecionaria para eliminação.

A maioria dos psiquiatras ou médicos interessados em psiquiatria (outros que não Jaime Mendoza) tendia a escrever sobre questões de natureza social ou política relacionadas com a saúde mental ou o desenvolvimento emocional, mas que não eram especificamente médicas ou técnicas. Embora houvesse algum conhecimento sobre a psicologia freudiana entre os médicos, como fica evidente nos arquivos do Manicomio, não há praticamente nenhum escrito sobre a teoria psicanalítica ou sobre psicoterapia na Bolívia. Situação bem distinta da verificada no vizinho Peru, onde nas primeiras décadas do século jovens intelectuais de esquerda, como José Carlos Mariátegui, haviam abraçado a psicanálise como uma ferramenta libertadora para entendimento das motivações e desejos humanos (Ruiz Zevallos, 1994).

Um dos poucos escritos que apresentavam a psicanálise a um público médico havia sido um artigo em duas partes publicado em 1926 pelo dr. Gregorio Mendizábal. Nesse artigo, ele delineia alguns dos princípios da

psicologia freudiana, inclusive o uso da psicanálise para tratamento da neurose (Mendizábal, 1926). Em 1940, em um artigo genérico sobre funções mentais e físicas normais, o dr. Otto Kleinberger, um médico do Manicomio Pacheco, utilizou as categorias ‘inconsciente’ e ‘subconsciente’ para descrever diferentes aspectos do desenvolvimento humano (Kleinberger, 1940). Nenhum desses trabalhos faz qualquer referência a qualquer prática real de terapia psicanalítica na Bolívia.

Quase todos os escritos de médicos ligados a questões de saúde mental na Bolívia tocam um ou outro gênero. Em Jaime Mendoza e Emilio Fernández há uma clara ligação de gênero com etnia. Em diversos de seus primeiros trabalhos, Mendoza atribui à embriaguez das mães a alta mortalidade infantil nas áreas mineiras da Bolívia e entre os índios em geral. Ele afirmava que as mulheres índias não alimentavam seus filhos adequadamente, não procuravam assistência médica quando necessário, e carregavam seus bebês nas costas durante suas farras, caindo depois, bêbadas, sufocando-os no estupor da embriaguez (Mendoza, 1988, 1920).¹³ Apesar de haver retoricamente estendido a mão às camponesas, Fernández ainda parecia acreditar que a ignorância das mães era responsável pela má saúde materna e infantil. Ao final de seu artigo na *Revista del Instituto Médico Sucre* (1949), ele opina sobre as práticas rurais de parto e educação das crianças. As parteiras índias eram retratadas como megeras velhas e sujas, transmissoras de infecções puerperais, que faziam as mulheres parir na “posição de oração”, o que causava hemorragias e inversões uterinas. Os bebês índios eram envoltos em trapos e enrolados por uma faixa que os convertia em uma “espécie de charuto”. Devido à negligência de suas mães, as crianças índias estavam destinadas a uma vida de opressão e sofrimento (Fernández, 1949:63-64).

Diversos autores dedicaram considerável atenção às mudanças hormonais e aos impulsos sexuais como causas de distúrbios nas mulheres, mas, apesar de observarem algumas mudanças emocionais nos rapazes durante a puberdade, estas não eram vistas como causadoras de doença mental. Otto Kleinberger via a menstruação como um momento particularmente ameaçador para as mulheres, capaz de causar distúrbios mentais. Via, ainda, a menopausa como um potencial alívio após o qual as mulheres “voltavam ao equilíbrio físico e psíquico que, antes, haviam sido perturbados pela menstruação” (Kleinberger, 1940:22).

Em um artigo sobre educação durante a puberdade, Miguel Levy apresenta pontos de vista aparentemente contraditórios sobre as mulheres.

Afirma que “A natureza, em sua sabedoria, fez a mulher um ser fraco mas ativo, com um organismo delicado, porém fértil” (Levy, 1929:56). Contudo, mais adiante, no mesmo artigo, ele se refere com aprovação às idéias de feministas contemporâneas, dizendo: “a mulher de hoje tem uma inteligência viva, ela é precoce e vivaz e não tímida ou submissa (...) e é capaz de fazer serviço pesado. Apenas seu sexo a distingue do homem” (Levy, 1929:61). Mas, ainda um pouco mais à frente no mesmo artigo, ele se refere às mudanças psicológicas que as meninas experimentam na puberdade, especialmente na menstruação, como sendo freqüentemente as causas de histeria nas mulheres, especialmente se suas mães não as tiverem preparado com uma educação sexual “moral e delicada” (Levy, 1929:62-63). Além disso, ao discutir os objetivos da educação para os adolescentes, ele afirma que a meta para um menino era desenvolver “um homem verdadeiramente moral, saudável, tanto de corpo como de espírito”, enquanto a menina deveria tornar-se uma “mãe carinhosa e respeitada” (Levy, 1929:58).

As opiniões de Levy certamente não eram singulares à época (ou até em tempos mais recentes), mas, assim como as idéias de outros médicos sobre as mulheres, elas têm importância, como veremos a seguir, por influenciarem o modo como eram entendidas as desordens mentais de pacientes femininas. Alguns médicos iam ainda mais longe em suas análises do que constituía uma doença mental nas mulheres. Gregorio Mendizábal (1926), por exemplo, em sua discussão sobre as pessoas que apresentam desvios mentais, classifica ‘a prostituta’ como uma personalidade psicótica, e diz acreditar que a maioria das mulheres se dedica à profissão por apreciar diversões frívolas como ir a cabarés, e desejar enfeitar-se e evitar o trabalho.

A Sociedade, por Dentro e por Fora

Em março de 1928, Lucía Guevara, a mãe de um paciente, escreveu ao diretor do Manicomio perguntando quanto teria de enviar para o cuidado de seu filho. Ela se declarava disposta a pagar o que fosse necessário para que ele tivesse um melhor tratamento. Em julho ela tornou a escrever, dizendo “Suplico que lhe dê todas as injeções necessárias para curá-lo. Pagarei todos os custos do tratamento”. Aparentemente, ela achou que a oferta de pagamento não era suficiente para garantir os melhores cuidados a seu filho, de modo que, ao final da missiva, pateticamente acrescenta que estava enviando três caixas de doces ao hospital, uma para o diretor da ala masculina, uma para o médico e outra para seu filho.¹⁴

Ainda que sempre tenha havido parentes, como a sra. Guevara, que enviavam dinheiro aos administradores do hospital para assegurar que seus pacientes recebessem melhor tratamento, na década de 1940 duas classes de pacientes eram oficialmente reconhecidas: ‘pensionados’ e ‘gratuitos’. De um lado, isso pode ser visto como a regularização de uma situação que se prestava a abusos e deve ter tranquilizado os parentes o fato de saberem que poderiam pagar taxas estabelecidas, em vez de terem de angariar os favores da equipe do hospital para que seus parentes fossem bem tratados. De outro lado, era um tanto irônico que numa época em que havia um clamor contra o privilégio na sociedade boliviana, e em que a assistência médica começava a ser vista como um direito, fossem institucionalizadas instalações segregadas para os doentes mentais. Os ‘pensionados’ tinham suas próprias seções e comida melhor e mais abundante. Há também evidência de que, freqüentemente, recebiam tratamento, enquanto outros, com o mesmo diagnóstico, não. Em agosto de 1943, por exemplo, dois pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foram admitidos no hospital. Genaro Serrano, de 22 anos, um chofer, foi internado no primeiro mês como ‘pensionado’. Tratado com insulino-terapia, teria registrado enorme melhora, e foi liberado em 17 de novembro de 1943.¹⁵ Em 12 de agosto, Santiago Rivera, um trabalhador rural em mau estado de nutrição, chegou ao hospital como ‘gratuito’. Não recebeu qualquer tratamento “devido à falta de remédios”. Não há registro sobre o final desse caso.¹⁶

Há também alguma evidência de que nem mesmo medidas para salvar as vidas dos pacientes eram tomadas se eles não pudessem pagar por elas. Em 18 de abril de 1943, Toribio Márquez, um mineiro de 30 anos de idade, foi admitido e recebeu diagnóstico de “psicose tuberculosa”. Registrou-se seu estado de extrema subnutrição, e menos de um mês depois ele morreu de “consumção tuberculosa”. No histórico clínico anotou-se que ele começara a trabalhar muito cedo nas minas, “sempre com nutrição inadequada”. O interno que redigiu o histórico observou: “ele come muito pouco”. Não há indicação de que ele tenha recebido alimentação intravenosa, ou de que qualquer outra ação tenha sido tomada para melhorar seu estado macilento.¹⁷ Em contraste, Alfredo Rivas Mayorga, um empregado de escritório, branco, que sofria de psicose alcoólica, chegou em junho de 1942 como ‘pensionado’ e recebeu todos os tipos de soros intravenosos, inclusive “um revigorante soro de açúcar” e “estimulantes hepáticos”.¹⁸

Mesmo quando os ‘pensionados’ morriam, eles pareciam ter recebido bem mais atenção que os pacientes gratuitos em condições similares. Maximiliano Méndez, um comerciante branco de La Paz, com 62 anos de idade, chegou ao hospital em maio de 1938 e recebeu diagnóstico de neurosífilis em estágio avançado, no qual espiroquetas invadem o revestimento do cérebro ou a coluna espinhal. Morreu de falência cardíaca em novembro de 1943, mas até lá os médicos continuaram tentando vários tratamentos, apesar de sua condição ser declarada crônica. Recebeu mercúrio e bismuto para a sífilis e uma terapia contra malária.¹⁹ Já Manuel Camargo, um mineiro de Corocoro com 40 anos de idade e apenas um ano de escolaridade, chegou ao hospital em 22 de outubro de 1942, sofrendo de subnutrição. Assim como Méndez, recebeu diagnóstico de paralisia sífilítica progressiva. Seu caso foi considerado sem esperanças, e ele morreu em 9 de dezembro de tuberculose intestinal, sem receber qualquer tratamento.²⁰

As considerações de classe eram importantes até para determinar como os pacientes chegavam ao Manicomio e a recepção que receberiam. Em 26 de setembro de 1932, o presidente da Câmara Municipal de Cochabamba escreveu ao diretor do hospital explicando que no dia seguinte o sr. Selem Abad, um comerciante de nacionalidade sírio-palestina, iria chegar “em um dos aviões do Lloyd Aereo Boliviano”. O sr. Abad havia tido o “infortúnio de perder sua razão”, e o presidente da Câmara pedia ao diretor que lhe dispensasse a máxima consideração possível porque o sr. Abad “era um estrangeiro com profundo amor pela Bolívia”.²¹ De igual modo, o presidente da Câmara Municipal de La Paz escreveu ao diretor sobre Hector Valcárcel Moscoso, que estava indo para o hospital devido a “ataques mentais causados pela epilepsia”. O presidente pedia à equipe do hospital que tratasse o sr. Valcárcel com deferência porque ele era “*una persona decente*” de La Paz.²²

Muito mais comuns eram doentes mentais que chegavam ao hospital trazidos por agentes policiais e que, freqüentemente, sequer eram acompanhados por familiares porque estes não podiam arcar com a viagem. Uma carta de dezembro de 1928 do diretor do Hospital Viedma, da cidade de Cochabamba, explicava que “todos os ‘alienados’ que estou despachando foram-me enviados pela polícia, que os recolheu no campo”.²³ Algumas vezes os registros dos pacientes recém-admitidos incluíam cartas das autoridades locais, ou documentos registrados em cartório de parentes ou empregadores explicando que eram violentos e perigosos, e não poderiam

ficar em suas casas. Um caso particularmente triste foi o de Rafaela Ramírez, de Sucre, que pediu o confinamento de seu empregado índio Alejandro N., menor e órfão. Ela afirmava que ele sofria de “alienação mental” e “não poderia permanecer na rua”, sugerindo que ela o havia expulsado de casa devido a seu comportamento aberrante.²⁴ Não raro havia também uma carta de um médico local explicando que ele tratara a pessoa doente, mas que a gravidade da condição exigia seu internamento no Manicomio.

Para os pobres, ficar no hospital, mesmo como ‘gratuito’, poderia sair caro, porque a perda da renda de um membro adulto da família poderia representar privações significativas. Foi o caso de Jorge Plaza Ponce, que escreveu, em agosto de 1943, a Miguel Levy, em sua qualidade de principal autoridade da área da saúde no departamento de Chuquisaca, pedindo para ter alta do Manicomio. Ele afirmou que estava no hospital havia dois meses e que, graças aos cuidados do diretor e do médico, estava agora em perfeito estado de saúde. Seguiu explicando que sua mulher viera a Sucre para cuidar dele e deixara seus filhos pequenos abandonados em sua casa, em Vilacaya, e que sua pequena roça seria arruinada em consequência de sua ausência. Suplicava às autoridades que o deixassem ir para casa.²⁵ O fato de que a mulher de Pérez estava em Sucre com ele indica que os pacientes que não podiam pagar por melhores cuidados podiam ser atendidos por um membro da família que, presumivelmente, lhe traria comida e roupas limpas. É evidente que a ausência de sua mulher de casa era um ônus financeiro adicional com o qual a família tinha de arcar. No entanto, uma vez obtida alta do hospital, a volta de um paciente para casa também poderia representar uma despesa considerável. Em janeiro de 1933 um interno escreveu à sra. Tomasa C., viúva de Chamorro, na cidade de Tarija, informando que o diretor médico do Manicomio declarara seu filho curado e que ele não demonstrara qualquer distúrbio mental durante sua permanência no hospital. Explica, em seguida, que para que o filho tivesse alta, sua mãe teria de enviar ao hospital o dinheiro para sua viagem de regresso, além de pagar as despesas de um acompanhante.²⁶

A diferença de classes no hospital fica evidente não apenas no tratamento dos pacientes, mas também nos poucos empregados profissionais do Manicomio e no maior número de atendentes ou serventes que de fato tinham regularmente contato direto com os pacientes. Em geral, a equipe profissional compreendia o diretor, um ou dois médicos e um ou dois internos. Em 1937 havia 26 empregados não profissionais na ala masculina

do hospital, e 19 na ala feminina (Caballero Zamora, 1989). Os diretores costumavam reclamar dos atendentes e serventes e os acusavam de abusar dos pacientes, mas, aparentemente, tiveram muito pouco sucesso em modificar a situação. Durante sua gestão (1923-1926), Jaime Mendoza reclamou de várias formas de controle ou punição dos pacientes que eram “preferidas pelos serventes”, tais como camisas-de-força, confinamento em celas ou banhos frios às seis da manhã (Balcazar, 1956:521).

Em 1937, o diretor Emilio Fernández perguntava:

O que se pode fazer com subalternos que não cumprem com suas obrigações e cometem abusos que demonstram uma absoluta falta de dignidade e respeito pela instituição, como o servente que satisfaz seus instintos sexuais pervertidos com os pacientes, ou outro que os submete a maus-tratos, vem trabalhar embriagado, e aluga os pacientes para trabalho em obras de construção nas vizinhanças do hospital, ou outro que, à noite, rouba comida da copa do hospital ou vende pão aos pacientes em proveito próprio, ou outro ainda que com o pretexto de revistar os pacientes para ver se estão portando objetos perigosos rouba-lhes o pouco dinheiro que seus parentes lhes enviaram ou, finalmente, o empregado que toma as roupas que os pacientes recebem pelo correio? (apud Balcazar, 1956:521-522)

Os empregados do hospital recebiam salários extremamente baixos em comparação com os médicos, e freqüentemente deixavam de receber o que lhes era devido porque o governo federal deixava de enviar regularmente os fundos para a administração do Manicomio. Em 1940 o salário do diretor era de 1.100 pesos por ano. Cada interno recebia 800, enquanto os ajudantes homens que trabalhavam diariamente com os pacientes ganhavam 160 pesos anualmente.²⁷ Não recebiam qualquer treinamento sobre como lidar com portadores de doenças mentais e, na verdade, alguns eram pacientes postos a trabalhar no que se costumava chamar praxiterapia. Assim, trabalhadores pobres, sem treinamento, alguns dos quais com problemas mentais eles próprios, ficavam na linha de frente do manicômio. Para uma pessoa com tendências ao sadismo, ou receio quanto à própria sanidade, as possibilidades de perda de controle e violência eram óbvias. Para outros, a ignorância e a falta de respeito e reconhecimento de que eram alvos como empregados poderiam levar à insensibilidade e à brutalidade. Como Fernández comentou, “Parece que, com o tempo e o constante contato com o sofrimento humano, as sensibilidades ficam anestesiadas e os serventes acostumam-se com o sofrimento de seus semelhantes até

que se tornam indiferentes” (apud Balcazar, 1956:522-523). Ainda assim, é de se perguntar se não havia uma tendência dos profissionais da classe superior a culpar seus subordinados por problemas que eram estruturais e, em última análise, de responsabilidade da administração e dos médicos, não dos trabalhadores.

Nos registros do hospital, classe e raça estavam intimamente relacionadas e, como na sociedade boliviana em geral, as categorias raciais podiam ser flexíveis. Nem todos os formulários de admissão registravam a raça, mas naqueles em que isto foi anotado, além de um espaço para indicar a raça havia também, às vezes, um espaço para ‘cor’. Assim, uma pessoa podia ser de raça branca, mas ter sua cor registrada como *blanco* ou *trigueño* (trigueiro), ou, ocasionalmente, *moreno* (escuro). Da mesma forma, os mestiços podiam ser *morenos* ou *trigueños*, mas os índios eram sempre identificados como *morenos*. O escritor boliviano Alcides Arguedas, numa tentativa de explicar a dificuldade em distinguir os brancos dos mestiços na Bolívia, escreveu em *Pueblo Enfermo* que “a qualidade étnica de um indivíduo é consequência de sua posição social” (Arguedas, 1991:36), princípio que parece ter sido seguido pelo pessoal do Manicômio.

Não apenas raça e cor eram variáveis um tanto independentes nos registros do hospital, como algumas vezes a raça de um paciente podia mudar, aparentemente por considerações econômicas ou sociais. Em seu formulário de admissão, por exemplo, Nelly Liscano Barrancos, uma estudante de Cochabamba com 22 anos de idade, foi primeiro classificada como *mestiza*, mas esta palavra foi apagada e substituída por *blanca* (apesar de apagada, a palavra ‘*mestiza*’ ainda pode ser vista com clareza no formulário).²⁸ Mais abaixo, no mesmo formulário, indica-se que seu tio vivia em Sucre e era um juiz da Suprema Corte. Pode-se imaginar que, ao descobrir a informação sobre seu tio, a pessoa que preenchia o formulário voltou ao início e alterou a categoria racial. Outro paciente, Santiago Almafuerter, também parece ter mudado de categoria racial de acordo com a informação que o pessoal do hospital teve sobre sua educação e ocupação. As primeiras informações sobre Almafuerter indicavam que era um operário das minas de Oruro, e ele foi registrado como *mestizo*. Mais tarde, seus arquivos indicam ser ele um estudante universitário de 22 anos que trabalhava em tempo parcial para uma companhia de mineração, passando a classificá-lo como branco.²⁹

Embora freqüentemente houvesse pacientes relacionados como índios, ou indígenas, os históricos clínicos dão poucas indicações de que os

médicos considerassem fatores culturais em seus diagnósticos. Evaristo Balmaceda, admitido em 1º de agosto de 1942, é um desses casos.³⁰ O formulário de admissão de Balmaceda indica que era casado, tinha 35 anos e era um camponês índio, e o interno que o entrevistou anotou que usava “roupas incomuns”. Na verdade, Balmaceda usava três boinas e, sobre elas, um grande chapéu adornado com flores, dois casacos e uma gravata. Ele trazia um saco com vários itens que o interno considerou inúteis: arame, um rabo de boi que afirmava ser a causa de sua doença, e ferramentas de corte. No pé esquerdo tinha várias meias e uma polaina de borracha. Em seus sapatos havia várias unhas e ferraduras. Nos pulsos trazia diversos elásticos de borracha, como se fossem braceletes.

Balmaceda falava sem coerência, com grande animação e muitos gestos de mão. Fumava e mascava coca constantemente. Afirmando ser completamente são, dizia ter sido levado ao Manicomio por falsas acusações. Disse que vira e continuava vendo anjos e demônios, e que eles estavam sob seu poder. O vento era seu compadre e, se quisesse, poderia mandar que virasse o mundo de cabeça para baixo. Afirmava que tudo acontecia no mundo devido a forças internas ou externas. Para Balmaceda o sol era seu deus, seu médico e seu mestre, e a lua era a Virgem Maria. Recebeu diagnóstico de esquizofrenia, e o tratamento recomendado foi choque com Cardiazol. Embora não haja registro de qualquer tratamento, ele teve alta em 5 de abril de 1943 e foi declarado curado.

Em seu histórico clínico não há qualquer indicação de que os profissionais do hospital entendessem que algumas das afirmativas de Balmaceda refletiam crenças religiosas andinas. Na cosmologia andina, por exemplo, o sol de fato é um deus e o criador da vida, e a lua é considerada a rainha do sol, uma deidade feminina líder, freqüentemente identificada com a Virgem Maria do cristianismo. No entanto, as referências de Balmaceda a esses conceitos espirituais são tratados, em seu histórico clínico, como simples evidência de suas fantasias.

É de se perguntar, também, se delírios de grandeza e loquacidade podem ser vistos como particularmente aberrantes nos índios, que se acreditava fossem naturalmente impassíveis e sem imaginação. Megan Vaughan observou que na Niassalândia (no Malauí), na década de 1930, os psiquiatras ingleses consideravam que os pacientes africanos sofriam de delírios “de tipo europeu” se manifestassem poder e força (“Sou Deus”, “Sou rico”), em oposição a delírios de “tipo africano” que os europeus achavam condizentes com sua cultura (“Minha mulher vem cometendo adultério”, “Quero

comer pessoas”). Ela argumenta que parte do que fazia com que os africanos fossem “malucos” aos olhos dos europeus é que não fossem suficientemente “outros”, isto é, que exibissem sintomas que não eram considerados característicos de seu desenvolvimento emocional (Vaughan, 1991:100-128). De modo similar, Evaristo Balmaceda pode ter desorientado os médicos com suas fantasias de que podia virar o mundo de cabeça para baixo, o que faria de um índio o senhor do universo. Mesmo as roupas excêntricas de Balmaceda não eram aquelas normalmente associadas com a vestimenta de bolivianos nativos. Parecem, ao invés, quase uma caricatura dos trajes de um cavalheiro europeu.

Os médicos podem também ter ficado perplexos com Carmelo Balsa, um camponês índio de 30 anos admitido em 1943. Com diagnóstico de esquizofrenia, Balsa afirmava ser capaz de falar inglês, francês, alemão, grego e turco, e dizia ser um hitlerista do partido de Busch. O médico que conduzia a entrevista ficou aparentemente surpreso com a sofisticação de Balsa, porque lhe perguntou como ouvira falar de Hitler. Balsa respondeu que o vento e o sol lhe haviam falado sobre ele.³¹

Mesmo se os médicos estivessem dispostos a levar em conta as diferenças culturais, os formulários usados para histórico clínico os desencorajavam. Por volta da década de 1940, o Manicomio Pacheco havia adotado modelos de questionários usados em instituições similares dos Estados Unidos e da Europa. Tratava-se de um esforço para padronizar as informações, profissionalizar a prática psiquiátrica e, muito importante, um passo para tratar os pacientes da mesma forma, fazendo a todos (a eles ou a um parente, se os próprios pacientes não estivessem em condições de falar) as mesmas perguntas, perguntas estas que, aparentemente, não estabeleciam premissas clínicas com base na posição social ou na etnia. No entanto, ao contrário das entrevistas psiquiátricas de hoje, em que o médico começa, geralmente, pedindo a avaliação do paciente sobre a própria situação (The Psychiatric Interview, 1987), os formulários do Manicomio, com suas perguntas sobre a idade do paciente, ou sua dentição, ou a duração dos períodos menstruais, tendia a forçar todos a um mesmo molde, deixando pouco ou nenhum espaço para os pensamentos do paciente, ou de seus parentes, sobre a doença. E tampouco havia espaço (salvo nas margens) para informações sobre a vida de uma pessoa, como, por exemplo, o fato de que Hipólito Caldas, um camponês de Valle Grande, em Santa Cruz, trabalhara diariamente nos campos do nascer ao pôr-do-sol

desde os oito ou nove anos (um detalhe que o médico que fazia a entrevista conseguiu espremer no formulário, aparentemente julgando-o relevante).³² De fato, quando os médicos não utilizavam os formulários e realizavam simplesmente as entrevistas escrevendo os resultados, parece haver muito mais informações anedóticas sobre a pessoa e seus problemas e maior atenção à sua situação social e pessoal. Conquanto isso implique uma descrição mais complexa, às vezes essa informação adicional é tão reveladora quanto à atitude do médico como sobre as condições do paciente. Em 1939, por exemplo, um médico (que não está identificado), escrevendo sobre Emma Almagro, uma paciente de La Paz com 26 anos, disse: “Ela usa expressões e estilos muito acima de sua posição e educação”.³³

Nos registros do hospital, raça e classe nunca estão dissociadas de premissas sobre gênero. A discriminação das informações por sexo começa com os questionários para homens e mulheres, que diferem de forma importante. Embora ambos façam as mesmas perguntas sobre histórico familiar de doenças, uso de álcool, temperamento familiar, doenças que o paciente teve na infância etc., na seção sobre histórico sexual há divergências significativas entre as informações procuradas. A maioria das perguntas para as mulheres diz respeito à menstruação: data em que teve início, duração do período menstrual, desconforto durante o período. Essas perguntas são condizentes com os escritos de diversos médicos que enfatizavam os riscos psiquiátricos ligados à menstruação. Outra pergunta era: “Suas relações sexuais foram normais ou anormais?” (a resposta é invariavelmente “normais”). Ainda outra pergunta: “Antes ou depois de seu primeiro período você tinha algum pequeno vício? Masturbação, lesbianismo etc.?” (nenhuma admitiu qualquer deles). A seção do histórico sexual dos homens começa perguntando se o paciente era: “um mulherengo, um onanista ou um pederasta”. Nos formulários, esses espaços ou eram deixados em branco, ou o paciente informava ser mulherengo. Em seguida, indaga-se se o paciente tem prazer no contato sexual e em que circunstâncias, e se jamais foi impotente.

Diante da redação dessas perguntas sobre sexo, não é de surpreender que, tanto para homens como para mulheres, nenhuma informação, praticamente, fosse obtida. Todos diziam que suas relações sexuais eram normais; a maioria dos homens afirmava que nunca tivera doenças sexualmente transmitidas, mesmo quando seus exames de sangue revelavam o contrário; nenhum admitiu que jamais tivesse tido impotência. No

entanto, as perguntas em si revelam premissas importantes sobre as diferenças entre homens e mulheres e as causas de seus problemas mentais que ficam evidentes em outras seções dos históricos clínicos.

Muitos dos homens, na verdade, sofriam de doenças venéreas, e uma boa parte estava hospitalizada devido à paralisia e à demência da neurosífilis. Também entre os homens há considerável ênfase no alcoolismo como fator precipitador de suas doenças. Diz-se freqüentemente que os pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, maníacos, dementes, psicóticos tiveram sua condição pelo menos agravada pela bebida. Por exemplo, em 1942, Manuel J. Barreta Caceres, um comerciante de 42 anos, recebeu diagnóstico de esquizofrenia. Ele informara que ouvia vozes que lhe diziam para rezar porque era um pecador, que vira incêndios imaginários e dizia que casara umas poucas semanas antes, apesar de ser casado havia vários anos. A doença foi atribuída pelo dr. Otto Kleinberger, que o examinara, ao abuso de bebidas alcoólicas.³⁴ A Bolívia não era o único país com grandes números de pacientes cujas desordens mentais eram causadas por alcoolismo ou sífilis. Desde o final do século XIX os países europeus e os Estados Unidos haviam visto números crescentes de pessoas (em sua esmagadora maioria, homens) admitidos em asilos por insanidades relacionadas a essas condições (Shorter, 1997).

Embora algumas vezes se dissesse que mulheres sofriam de distúrbios mentais devido ao abuso de álcool, isto era muito mais raro que entre os pacientes homens. Algumas delas tinham doenças venéreas, mas não se encontra um só caso de neurosífilis entre as pacientes do Manicomio. Sexo tinha um significado diferente na doença mental das mulheres: relações sexuais ilícitas, ciúme, prostituição, papéis sexuais impróprios eram vistos como importantes causas de desarranjos mentais. Em outras palavras, os médicos pareciam adotar uma tosca abordagem psicanalítica em relação às mulheres, enquanto com os homens fatores similares não eram mencionados. Mesmo nos casos dos pacientes homens em que não havia causas fisiológicas claras para o problema apresentado, os médicos não psicologizavam muito. O corpo de funcionários do hospital parecia muito menos constrangido pelas perguntas dos formulários de histórico clínico das mulheres e mais propenso a encher várias páginas extras discutindo as experiências sexuais e até aventuras amorosas.

Os exemplos abundam. A esquizofrenia de Emma Almagro parece ter resultado de sua vida pessoal complicada, pela qual foi dito que ela sentia grande culpa. Ao ser admitida no hospital em 1939, quando tinha

26 anos de idade, ela coabitava havia cinco anos com um oficial do Exército. Embora sua mãe aprovasse a relação, a própria Emma tinha sérias dúvidas a respeito, porque era profundamente religiosa. Apesar disso, enquanto morava com o oficial, ela começara a ter relações sexuais com um jovem conhecido dele. Ela vivia aterrorizada, com medo de ser apanhada por seu companheiro, o que lhe causava grande ansiedade, que aumentara quando ficara grávida e abortara. Foi depois desse fato que ela começou a exhibir sintomas de paranóia, acusando sua família de falar dela pelas costas e de instigar seu amante contra ela.³⁵

Raquel Banzer Santander tinha 23 anos de idade quando foi admitida ao hospital, em 1940. Era analfabeta, solteira, e trabalhava como lavadeira. Havia sido abandonada pela família quando ainda era pequena, e “desde então vivia uma vida miserável, tanto material, como moralmente”. Em consequência de sua situação, começara a prostituir-se, o que, acreditava-se, contribuía para seu colapso.³⁶ No entanto, os médicos também lhe aplicaram tratamento para sífilis e descobriram que a medicação afastara os sintomas da doença, que ela havia adquirido recentemente, e também aliviara seus ataques. Também o médico que examinou Bertha Juárez acreditava que a culpa por transgressões passadas era um importante fator em sua doença. Essa dona de casa de Oruro chegou ao Manicomio em julho de 1940, aos 36 anos de idade, sofrendo alucinações visuais e auditivas. O médico anotou em seu histórico: “Ela é filha ilegítima; antes de casar-se diz-se que teve vida dissoluta, tendo começado a ter relações sexuais muito cedo, aproximadamente aos dez anos de idade. Possivelmente a preocupação que tem por essa vida é um fator de seu distúrbio mental”.³⁷

O fato de desviar-se dos papéis socialmente aceitos para mulheres era considerado um fator que contribuía para o colapso mental. Hilda Guerra fora estudante de odontologia de 1947 a 1951, quando seu médico mandou que parasse de estudar porque isto estava contribuindo para sua condição nervosa. Segundo sua mãe, ela fora uma das melhores alunas de sua turma antes de adoecer.³⁸ Ainda mais aberrante era Constantina Bejar Meriles, cuja idade não foi registrada. Ela era excelente aluna e atleta e participava em provas de ciclismo e equitação. Dizia-se que era de disposição afável e generosa e que havia escrito um livro-texto para alunos do primário. O problema que levou os pais de Constantina a levá-la ao hospital foi o fato de ela gostar de usar roupas masculinas e rejeitar as tentativas amorosas de homens.³⁹

“Uma mulher com considerável experiência do mundo” foi a descrição feita de Clorinda Gutiérrez, uma mulher de Oruro, com 60 anos, que administrava um bar freqüentado por soldados. Ela própria bebia bastante e, em junho de 1933, intoxicada, aparentemente insultara o prefeito local, que mandara a polícia prendê-la e levá-la ao hospital local, de onde foi posteriormente encaminhada ao Manicomio, em Sucre. Para crédito seu, os médicos do Manicomio não a consideraram mentalmente doente. Ela recebeu tratamento para alcoolismo e foi liberada.⁴⁰

Para muitas das pacientes femininas, o ciúme provocado pelas infidelidades, reais ou imaginárias, de seus maridos era considerado um dos primeiros sintomas de sua doença. Estefania Calderón Herrera, uma tecelã que entrou no hospital em junho de 1941, dizia-se, era extremamente ciumenta de seu marido, imaginando até que ele fazia sexo com animais.⁴¹ Do mesmo modo, no caso de Lily Restrepo de Justiniano, a primeira indicação de insanidade fora seu ciúme do marido.⁴² Mas, se algumas eram ciumentas, um número ainda maior sofria abusos de seus maridos. Muitas mulheres vinculam seu primeiro episódio de doença a golpes recebidos dos maridos. Foi o caso de Isabel Almazán, uma viúva de 43 anos e criadora de galinhas (*pollerera*) em Cochabamba.⁴³ De fato, dizia-se que, enquanto este vivera, ela fora extremamente humilde e submissa diante de seu marido. No caso de outra paciente, Celia Almeida de Alcazar, informou-se que ela era “resignada demais” porque havia aturado a hostilidade e a agressão de sua sogra e de sua cunhada, as quais haviam sido a causa de maus-tratos recebidos do marido.⁴⁴ Para outras mulheres, porém, as raízes de suas desordens estariam na falta de um amante. Por exemplo, Benedicta Alvarado, uma lavadeira solteira, havia tido apenas um amante que acabara casando-se com outra mulher. Dizia-se que Benedicta, agora com 40 anos e na menopausa, ficara tresloucada por não ter conseguido constituir uma família.⁴⁵

Finalmente, há, nos arquivos das mulheres, considerável ênfase em ‘problemas femininos’, especificamente distúrbio emocional relacionado com a menstruação. No caso de Ofelia Gondra Siles, por exemplo, uma jovem de 19 anos que estudava em um convento, as freiras acreditavam que ela ficara doente porque tomava banho durante o período menstrual.⁴⁶ Outra paciente, Pura Correa de Kagel, enlouquecera depois que uma série de roubos ocorrera próximo a sua casa, no campo. Em certo momento, ela deitara na cama, agarrada ao revólver do marido, e ficara esperando os

invasores. Quando fez isso, disse seu marido, ela exalava um forte odor, e ele vira sangue escorrendo entre suas pernas.⁴⁷

Insanidade e Diferença

Na década de 1940, embora a maioria das pessoas ainda não ficasse satisfeita em ser ali admitida, o Manicomio Pacheco já não era uma prisão onde os pacientes comiam gatos, ou onde, na ala masculina, havia apenas 30 colheres para 60 pacientes, como em 1918 (Caballero Zamora, 1989). O hospital havia tentado aumentar seus poucos recursos cobrando dos pacientes que pudessem pagar. Os médicos haviam experimentado algumas novas formas de tratamento, mais notavelmente a terapia de eletrochoque, e muitos, como Alberto Martínez, sentiam-se provavelmente gratificados por poder dizer que mais pacientes seus agora voltavam para suas casas e estavam “socialmente reabilitados” (Martínez Z., 1946:301). Há evidência nos históricos médicos de que a equipe profissional estava pelo menos tentando (freqüentemente, de forma bem rústica) levar os fatores emocionais em conta ao analisar os problemas dos pacientes. Utilizando os mesmos formulários de admissão para todos, os médicos faziam um esforço por profissionalizar a prática e tratar a todos da mesma forma, sem chegar a conclusões apressadas com base na posição de classe ou etnia.

O Manicomio Pacheco como um todo e os médicos que escreviam sobre saúde mental parecem ter sido razoavelmente representativos da situação do país, refletindo os conflitos sociais e as idéias contraditórias do período. Miguel Levy ainda argumentava abertamente que os índios não estavam prontos para uma cidadania integral, posição que começava a ficar embaraçosamente anacrônica na radical década de 1940. No entanto, outros médicos mais progressistas, como Emilio Fernández, que defendia diversos programas sociais para melhorar a situação das classes trabalhadoras, também viam o atraso da população indígena como obstáculo à sua completa integração social. Embora, ironicamente, Levy pudesse crescer em eloqüência ao perorar sobre a igualdade da mulher moderna com o homem, nenhum dos médicos, em seus escritos sobre o desenvolvimento humano ou sobre o bem-estar das mulheres e crianças, chegou a ponto de sugerir uma cidadania integral para as mulheres.

Devido à diversidade social dos pacientes do hospital, havia dentro do Manicomio os mesmos tipos de hierarquia que se observavam no país

como um todo. Aqueles que tinham dinheiro recebiam mais tratamento e melhor comida e alojamento, e as autoridades locais intercediam por eles junto à administração do hospital. Os pobres, que eram a maioria, recebiam pouco ou nenhum tratamento e, se tivessem sorte, dependiam de seus parentes para trazer-lhes comida e roupas. Eram também os pobres que acabavam trabalhando no hospital, em várias funções servis. Embora poucos médicos tenham concordado com a proposta de Miguel Levy de uma eutanásia seletiva para pacientes mentais, de alguma forma isto vinha ocorrendo. Devido à falta de cuidados, muitos pacientes, principalmente os pobres, morriam de subnutrição, malária, enterite etc.

Os médicos do Manicomio estavam particularmente mal preparados para entender os pacientes índios, seja por desconhecimento, seja por desatenção para com fenômenos culturais andinos que estavam relacionados com a doença e o bem-estar. Ao mesmo tempo, a despeito da uniformidade dos questionários usados nas entrevistas, tinham nítida dificuldade em tratar os pacientes indígenas da mesma forma que os não-índios admitidos ao hospital. Era difícil livrar-se dos preconceitos, e a idéia de que uma pessoa pudesse ser diferente sem ser inferior não era muito difundida. Nos históricos clínicos há indicações de certos tipos de comportamento que não se enquadravam no que os médicos entendiam ser a natureza dos índios: delírios de grandeza, roupas que não eram consideradas 'índias', conhecimento demasiado dos eventos correntes. As premissas sobre as mulheres parecem ter estado tão profundamente enraizadas quanto aquelas sobre os índios. Elas eram exaltadas como mães da nação, mas vistas como portadoras de práticas indígenas atrasadas e, com poucas exceções, seus males psiquiátricos eram atribuídos, de várias formas, ao sexo. Isso era uma clara influência de uma psicologia freudiana rasa que validara confortavelmente as crenças sobre o destino biológico das mulheres. De maneira reveladora, a despeito da aparente familiaridade dos médicos com alguma interpretação psicanalítica, eles jamais diziam que os pacientes masculinos do Manicomio tinham conflitos sexuais que teriam contribuído para suas doenças.

Durante esse período, na Bolívia, sob crescente pressão da mobilização popular, as leis eleitorais foram um tanto liberalizadas: aos homens bastava provar que eram alfabetizados para votar (a exigência de propriedades foi eliminada) e, em 1945, as mulheres alfabetizadas ganharam o direito a voto nas eleições municipais. Ainda em 1945, as uniões informais

consensuais ganharam o *status* legal de casamentos. Em uma época em que as mulheres índias começavam a conquistar maior igualdade política, os médicos do Manicomio ainda insistiam na 'diferença'.

Mulheres, índios e operários (claramente categorias não excludentes) eram vistos como 'outros' insubordinados quando exigiam direitos de cidadania. Os insanos eram geralmente vistos como pessoas fora dos marcos da comunidade humana. Aqueles que haviam 'perdido a cabeça' eram considerados profunda e ameaçadoramente 'outros'. Ironicamente, no entanto, um sintoma de insanidade em um índio poderia ser o fato de ele não agir suficientemente como 'índio'. Algumas das mulheres no hospital mental também eram vistas como insuficientemente femininas. Esses pacientes, em certo sentido, haviam se tornado 'outros' quando seus comportamentos deixaram de ser o que deles se esperava. No caso das mulheres, enlouquecer também estava comumente associado à própria essência feminina: reprodução e sexualidade; e, no caso dos índios, estes ainda eram considerados, congenitamente, emocionalmente imaturos e intelectualmente inferiores.

As contradições nos escritos dos médicos e nas atitudes diante dos pacientes demonstram que mudanças de consciência são processos intelectuais e emocionais complexos que ocorrem de forma desigual no curso das transformações sociais. Muitos médicos foram arrebatados pelo movimento em prol da democracia do período pós-Chaco, mas, como membros de uma elite privilegiada, educada, tinham dificuldade em aceitar, talvez até imaginar, o que significaria uma real igualdade com as mulheres.

Notas

- ¹ Muitos desses pontos já haviam sido defendidos por intelectuais bolivianos, ainda no mesmo século. Ver: Alcides Arguedas, 1910, especialmente o capítulo XI; Marie Danielle Demelas, 1981; Brooke Larson, 1998.
- ² Esta conclusão é similar à de Megan Vaughan para a África. Ver Vaughan, 1991, que é discutida mais adiante neste artigo.
- ³ Sobre eugenia na América Latina, ver: Nancy Leys Stepan, 1991.
- ⁴ Segundo Alfredo Caballero Zamora (1989), em 1988 havia apenas 26 psiquiatras na Bolívia.
- ⁵ Caballero Zamora, 1989:46; Archivo Nacional de Bolivia (doravante ANB), Instituto Psiquiátrico Nacional de Mujeres (doravante IPM) 41, Estadísticas; Instituto Psiquiátrico Nacional de Varones (doravante IPV) 75, Estadísticas.
- ⁶ ANB, IPV, 75, Estadísticas. Todas as estatísticas sobre homens discutidas a seguir provêm desta fonte.
- ⁷ ANB, IPM, 41, Estadísticas. Todas as estatísticas sobre mulheres discutidas a seguir provêm desta fonte.
- ⁸ Bureau of the Census, Patients in Hospitals for Mental Disease, 1934, 1935, 1936; National Institute of Mental Health, Patients in Mental Institutions, 1947, 1948, 1949.
- ⁹ ANB, IPV, 11, Correspondência. Julio C. Fortún al Presidente de Honorable Consejo Municipal de Sucre, 14 nov., 1930.
- ¹⁰ ANB, IPV, Resúmenes, 1947, 1948.
- ¹¹ Por exemplo: Mendoza, 1988, 1920.
- ¹² Sobre a influência lamarckista em questões de eugenia na América Latina e sua importância nos países racialmente mistos da região, ver Stepan, 1991, especialmente o capítulo 3, páginas 84-95.
- ¹³ Sobre a percepção das mulheres como mais que 'índias' e mantenedoras das tradições indígenas, ver: Marisol de La Cadena, 1991 e Marcia Stephenson, 1999.
- ¹⁴ ANB, IPV 9, Correspondência, Casta L., viúva de Granada Guevara, a Antenor de la Vía García, Cochabamba, 29 mar., 1928 e 19 jul., 1928. Com o objetivo de proteger a identidade dos pacientes, utilizei o prenome verdadeiro mas criei um sobrenome fictício, que inicia com a mesma letra do sobrenome verdadeiro.
- ¹⁵ ANB, IPV, 63, Historias Clínicas.
- ¹⁶ ANB, IPV, 60, Historias Clínicas.
- ¹⁷ ANB, IPV, 59, Historias Clínicas.
- ¹⁸ ANB, IPV, 63, Historias Clínicas.
- ¹⁹ ANB, IPV, 59, Historias Clínicas.
- ²⁰ ANB, IPV, 59, Historias Clínicas.
- ²¹ ANB, IPV 13, Correspondência, Guillermo Prudencio ao Sr. Presidente de la Sociedad Administradora de Manicomios, Cochabamba, 26 set., 1932.

- ²² ANB, IPV 12, Correspondência, Oficial Mayor del H. Consejo Municipal de La Paz ao Señor Director del Manicomio Pacheco, La Paz, 3 jul., 1931.
- ²³ ANB, IPV 9, Correspondência, Ysrael Segarra ao Director del Manicomio Pacheco, Cochabamba, 7 dez., 1928.
- ²⁴ ANB, IPB 9, Correspondência, Rafaela Rosales ao sr. Director del Manicomio Pacheco, Sucre, 31 out., 1928.
- ²⁵ ANB, IPV 60, Histórias Clínicas. Jorge Pérez Ponce ao Jefe de Sanidad Departamental, Sucre, 9 ago., 1943.
- ²⁶ ANB, IPV 14, Correspondência, Interno à sra. Tomasa C., viúva de Cherroni, Sucre 19 jan., 1933.
- ²⁷ ANB, IPV 75, Estadísticas.
- ²⁸ ANB, IPM, 2, Papeletas de Ingreso.
- ²⁹ ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.
- ³⁰ ANB, IPV, 59, Histórias Clínicas.
- ³¹ ANB, IPV 63, Histórias Clínicas.
- ³² ANB, IPV 59, Histórias Clínicas.
- ³³ ANB, IPM 1, Filiaciones.
- ³⁴ ANB, IPV 59, Histórias Clínicas.
- ³⁵ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ³⁶ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ³⁷ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ³⁸ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ³⁹ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ⁴⁰ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ⁴¹ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ⁴² ANB, IPM 12, Histórias Clínicas.
- ⁴³ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ⁴⁴ ANB, IPM 11, Histórias Clínicas.
- ⁴⁵ ANB, IPM 1, Filiaciones.
- ⁴⁶ ANB, IPM 1, Filiaciones.
- ⁴⁷ ANB, IPM 1, Filiaciones.

Fontes Primárias

ARCHIVO NACIONAL DE BOLIVIA (ANB), Sucre.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO NACIONAL DE MUJERES (IPM): Estadísticas, Histórias Clínicas, Filiaciones.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO NACIONAL DE VARONES (IPV): Correspondencia, Estadísticas, Histórias Clínicas.

Referências Bibliográficas

ACTAS DE LAS SEGUNDAS JORNADAS MÉDICO-QUIRÚRICAS NACIONALES. Sucre: Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, 1948.

ADRIAZOLA, C. Ley de esterilización social. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 73:48-50, 1941.

ANTEZANA ESTRADA, J. Proyecto de Código Sanitario de Bolivia. *Primer Congreso Médico Nacional (Trabajos Presentados)*. La Paz: s. n., 1939.

ARGUEDAS, A. *Pueblo Enfermo*. Barcelona: Casa Editorial de vda. de Luis Taaso, 1910.

ARGUEDAS, A. *Pueblo Enfermo*. 3.ed. La Paz: Librería Editorial Juventud, 1991.

ARZE AGUIRRE, R. D. *Guerra y Conflictos Sociales: el caso rural boliviano durante la Campaña del Chaco*. La Paz: Centro de Estudios de la Realidad Económica y Social, 1987.

BALCAZAR, J. M. *Historia de la Medicina en Bolivia*. La Paz: Ediciones Juventud, 1956.

BOLETÍN DEL MINISTERIO DE HIGIENE Y SALUBRIDAD, 2(2), 1939.

BUREAU OF THE CENSUS. *Patients in Hospitals for Mental Disease, 1934*. Washington: United States Government Printing Office, 1936.

BUREAU OF THE CENSUS. *Patients in Hospitals for Mental Disease, 1935*. Washington: United States Government Printing Office, 1937.

BUREAU OF THE CENSUS. *Patients in Hospitals for Mental Disease, 1936*. Washington: United States Government Printing Office, 1938.

- CABALLERO ZAMORA, A. *La Institucionalización de la Locura en Bolivia*. Quito: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 1989.
- DE LA CADENA, M. La mujeres son más indias: etnicidad y género en una comunidad del Cuzco. *Revista Andina*, 9(1):7-26, 1991.
- DEMELAS, M. D. Darwinismo a la criolla: el darwinismo social en Bolivia, 1880-1910. *Historia Boliviana*, 1(2):55-82, 1981.
- DIBBITS, I. et al. *Polleras Libertarias: Federación Obrera Femenina, 1927-1965*. La Paz: Tahimapu/Hisbol, 1989.
- DUNKERLEY, J. *Rebellion in the Veins: political struggle in Bolivia, 1952-1982*. London: Verso, 1984.
- FERNÁNDEZ, E. Protección a la madre y al hijo. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 85:53-64, 1949.
- KLEIN, H. S. *Bolivia: the evolution of a multi-ethnic society*. 2.ed. New York: Oxford, 1992.
- KLEINBERGER, O. El principio y desarrollo de las facultades y actividades mentales y corporales, y consideraciones de la in-y subconsciencia. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 72:13-22, 1940.
- LARSON, B. Race, democracy, and the politics of indian education in Bolivia: crafting neocolonial modernity, 1900-1920. Paper presented at the Latin American Studies Association Meeting, Chicago, 1998.
- LEHM, Z. & RIVERA CUSICANQUI, S. *Los Artesanos Libertarios y la Etica del Trabajo*. La Paz: Taller de Historia Oral Andina, 1988.
- LEVY, J. E. Epilepsy. In: BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London, New York: Routledge, 1993. p.713-718.
- LEVY, M. Educación en el período de la pubertad. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 51:55-70, 1929.
- LEVY, M. La declinación mental del indio: sus procesos mentales. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 74:15-33, 1942.
- MARTÍNEZ Z., J. A. El 'electro-shock' (electro-plexia): su aplicación en el Manicomio Nacional 'Pacheco'. *Primeras Jornadas Médico-quirúrgicas Nacionales*. La Paz: Ateneo de Medicina de La Paz, 1946.

- MELEAN, A. *La Sanidad Boliviana en la Campaña del Chaco*. Cochabamba: Edición Particular, Imprenta de la Universidad, 1938.
- MENDIZÁBAL, G. Higiene y profilaxis mental. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 44:39-51, 1926.
- MENDOZA, J. Una indicación (en favor de los niños de las clases obreras). *Revista del Instituto Médico Sucre*, 38:455-472, 1920.
- MENDOZA, J. El trípode psíquico. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 65:65-80, 1937a.
- MENDOZA, J. La defensa de los niños. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 65:1-14, 1937b.
- MENDOZA, J. La esquizofrenia. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 68:1-8, 1938.
- MENDOZA, J. *En las Tierras del Potosí*. Cochabamba: Los Tiempos, Los Amigos del Libro, 1988. [1.ed. 1911]
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Patients in Mental Institutions, 1947*. Washington: United States Government Printing Office, s.d.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Patients in Mental Institutions, 1948*. Washington: United States Government Printing Office, s.d.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *Patients in Mental Institutions, 1949*. Washington: United States Government Printing Office, s. d.
- OSORIO, E. L. El ejercicio de la medicina ante los actuales problemas de reforma del orden social. *Revista del Instituto Médico Sucre*, 81:3-11, 1946.
- RIVERA CUSICANQUI, S. *Oprimidos pero no Vencidos: luchas del campesinado aymara y quechua, 1900-1980*. La Paz: Hisbol-CSUTCB, 1984.
- RUIZ ZEVALLOS, A. *Psiquiatras y Locos: entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú, 1850-1930*. Lima: Instituto Pasado y Presente, 1994.
- SHORTER, E. *A History of Psychiatry: from the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons, 1997.
- STEPAN, N. L. *The Hour of Eugenics: race, gender and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

STEPHENSON, M. *Gender and Modernity in Andean Bolivia*. Austin: University of Texas Press, 1999.

THE PSYCHIATRIC INTERVIEW. In: *The Merck Manual*. 15.ed. Rahway, NJ: Merck, Sharp and Dohm Research Laboratories, 1987. p.1.458-1.462

VAUGHAN, M. *Curing their Ills: colonial power and African illness*. Stanford: Stanford University Press, 1991.

WADSWORTH, A. C. & DIBBITS I. *Agitadores de Buen Gusto: historia del Sindicato de Culinarias (1935-1958)*. La Paz: Tahimapu/Hisbol, 1989.