

Psiquiatria, regime e gestão emocionais em São Paulo: terapias de choque contra tristezas transgressoras (1920-1930)

Psychiatry, emotional regimes, and management in São Paulo: shock therapies against transgressive sadness (1920-1930)

Thayná Alves Rocha | Universidade de São Paulo

thaynalvesr@usp.br

<https://orcid.org/0000-0001-8728-7005>

RESUMO Práticas e conhecimentos psiquiátricos exerceram significativa influência sobre as emoções em São Paulo nas primeiras décadas do século XX, período notável pelo surgimento de novas sensibilidades, exemplificadas pela superioridade e encantamento das elites em resposta às transformações sociais e urbanas, em contraste com as persistentes desigualdades que causavam sofrimento nas camadas mais pobres. Considerando o papel dos psiquiatras na regulação das emoções, este artigo propõe uma análise das terapias de choque recomendadas como estratégias de gestão emocional, com base em diagnósticos que associavam a tristeza à sintomatologia, no contexto manicomial paulista nos anos 1920 e 1930, utilizando como fonte principal a edição de 1951 do manual *Psiquiatria clínica e forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva. A aplicação da perspectiva teórica dos regimes emocionais à análise dos resultados obtidos permite refletir sobre a imposição de padrões à vida afetiva por meio da medicalização de tristezas consideradas transgressoras.

Palavras-chave história da ciência – história da psiquiatria – regimes emocionais – São Paulo.

ABSTRACT *Psychiatric practices and knowledge exerted significant influence on emotions in São Paulo during the early decades of the 20th century, a period marked by the emergence of new sensibilities, exemplified by the superiority and enchantment of the elites in response to social and urban transformations, in contrast with the persistent inequalities that caused suffering among the poorer classes. Considering the role of psychiatrists in regulating emotions, this article analyzes shock therapies recommended as emotional management strategies, based on diagnoses that associated sadness with symptomatology, within the asylum context of São Paulo in the 1920s and 1930s, using as a primary source the 1951 edition of the manual *Psiquiatria clínica e forense* by Antonio Carlos Pacheco e Silva. The application of the theoretical perspective of emotional regimes to the analysis of the results allows for reflections on the imposition of patterns on affective life through the medicalization of sadness deemed transgressive.*

Keywords *history of science – history of psychiatry – emotional regimes – São Paulo city.*

Introdução

Durante as décadas de 1920 e 1930, o processo de modernização de São Paulo influenciou profundamente as emoções de seus habitantes, moldando sua identidade social e política. Nicolau Sevcenko (1992) aponta que o crescimento econômico, impulsionado pela indústria cafeeira, pelos avanços científicos e tecnológicos e pelos ideais políticos das elites, reforçou a narrativa da “raça de gigantes” cunhada por Saint-Hilaire e retomada por Alfredo Ellis Jr., alimentando sentimentos de superioridade entre as elites paulistas em relação às demais regiões do Brasil. O mito da superioridade paulista servia como justificativa para a legitimação de projetos políticos e sociais, delineando a forma como as emoções eram geridas e expressas.

Nesse contexto, os médicos desempenharam um papel central em projetos disciplinadores da vida pública e privada na capital. Como observado por André Mota (2005), instituições científicas e inspetorias de higiene, apoiadas por organizações filantrópicas e privadas, integravam um esforço maior para garantir uma sociedade equilibrada e próspera. A corporação médica, alinhada aos interesses das elites, via essas iniciativas como fundamentais para eliminar ameaças à saúde pública e ao progresso social. A remodelação da capital paulista, portanto, não se limitava à esfera física e mental, mas também envolvia o controle emocional, consolidando hierarquias e protegendo os interesses das classes dominantes.

Embora as elites cultivassem expectativas em relação à vida na capital, refletindo emoções ligadas às dinâmicas de poder, a maior parte da população vivia em extrema precariedade, marcada por profunda desilusão com a vida urbana e suas promessas, como destaca Boris Fausto (2014). Diante dessas contradições sociais e emocionais, esse processo promoveu um regime emocional singular, sustentado pelo discurso médico, sobretudo o psiquiátrico, que associava felicidade, orgulho e coragem à saúde e bem-estar, tratando as emoções como objetos de consumo, vinculadas ao empreendedorismo, trabalho e ganhos materiais, refletindo os ideais de paulistanismo e a lógica liberal emergente.

A medicalização das emoções, cuja origem remonta à teoria hipocrática dos quatro humores, na Antiguidade, relacionava os estados emocionais – sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico – a desequilíbrios corporais quando exacerbados, indicando doenças e comportamentos prejudiciais (Cordás e Emilio, 2017). No início do século XX, com o fortalecimento da psiquiatria, essas emoções passaram a ser diagnosticadas como sintomas de novas categorias patológicas, incluindo esquizofrenia, parafrenia, psicose maníaco-depressiva e paralisia geral progressiva (PGP), destacadamente entre trabalhadores pobres, negros, imigrantes e mulheres, reforçando preconceitos de classe, gênero e raça, como abordado em estudos de referência (Serra, 2011; Silva, 2015; Machin e Mota, 2019; Siqueira, 2022).

A regulação das emoções na contemporaneidade, portanto, passou a ser responsabilidade dos psiquiatras, fundamentada em uma concepção biológica que visava manter a saúde e a ordem social por intermédio de normas comportamentais. Assim, além dos espaços manicomiais paulistas, a partir das décadas de 1920, esse controle se materializou nas chamadas terapias biológicas, popularmente conhecidas como terapias de choque. Tratamentos como malarioterapia, piretoterapia, insulino-terapia e cardiazoloterapia, que consistiam em intervenções drásticas no sistema neurológico dos pacientes com o intuito de provocar alterações rápidas nos estados mentais e emocionais considerados graves, exemplificam o uso do termo “choque” atribuído a essas terapias, conforme descrito por Gustavo Querodia Tarelow (2013).

Com base na discussão exposta, este artigo analisa a influência dos psiquiatras nas experiências emocionais, com ênfase nos diagnósticos que associavam a tristeza à sintomatologia de doenças e na recomendação de terapias de choque específicas para esses casos, nos manuais paulistas nos anos 1920 e 1930. Por meio da análise documental da edição de 1951 do manual *Psiquiatria clínica e forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva, o estudo investiga como essas práticas foram utilizadas como estratégias de gestão emocional, em um regime singular sustentado pelo discurso psiquiátrico na capital, para controlar a manifestação da tristeza, classificando-a como indício de doença mental.¹ A escolha dessa fonte didática justifica-se por refletir as mentalidades científicas e as práticas terapêuticas predominantes na psiquiatria paulista da época, constituindo um marco na literatura e na normatização social.

Os resultados são analisados à luz do conceito de “regimes emocionais” de William Reddy (2004), que investiga como as emoções são moldadas por práticas sociais e institucionais para garantir a estabilidade política e os interesses de grupos dominantes. O autor exemplifica essa dinâmica ao abordar a França do século XVIII, onde as normas sociais da corte de Versalhes regulavam rigorosamente a expressão de emoções como raiva e tristeza, visando manter a hierarquia social e a ordem política. A violação dessas normas acarretava severas punições, como exclusão social e até mesmo a morte. Essa abordagem permite refletir sobre as terapias de choque como mecanismos de gestão emocional, especialmente em relação à tristeza, patologizada pelos psiquiatras no recorte delimitado neste trabalho. Esse processo sustentou um regime emocional singular em São Paulo, alinhado aos ideais de saúde, beleza e produtividade, atendendo aos interesses das elites paulistanas emergentes.

Reddy (2004, p. 128, tradução nossa) define emoções como “ativações de material mental relevante para objetivos que excedem a capacidade de atenção em um curto horizonte de tempo”, ou seja, respostas rápidas a estímulos que sobrecarregam o processamento de informações, podendo gerar comportamentos inadequados. Essa definição justifica a necessidade de mecanismos de controle e insere as emoções nas relações de poder, como a tristeza no cotidiano paulistano. Sentimentos, por sua vez, referem-se a sensibilidades duradouras, como o orgulho, compartilhado pelas elites, sustentando regimes emocionais no período. Essa compreensão fundamenta o uso de ambos os conceitos na análise desenvolvida neste trabalho.

O estudo das emoções na história revela dinâmicas sociais que permitem reflexões sobre as experiências afetivas individuais e coletivas ao longo do tempo, como proposto por Lucien Febvre (1941). Sem a pretensão de esgotar o tema, este artigo busca integrar a história das ciências e das emoções, contribuindo para o debate sobre a medicalização das emoções, ao discutir como a tristeza, tratada como questão psiquiátrica, reflete problemas sociais que atravessam tanto a esfera individual quanto a coletiva. Dessa maneira, torna-se viável analisar as permanências, transformações e ressurgimentos das emoções na história, colaborando para discussões acerca da saúde mental na contemporaneidade.

1 Neste trabalho, utilizamos a expressão “doença mental” em consonância com seu uso histórico. No entanto, reconhecemos que essa terminologia pode ser pejorativa, pois tende a reduzir as pessoas às suas condições neuropsicológicas.

Na (des)ordem da (in)felicidade: contradições emocionais na Pauliceia

Os estudos de Anne Vincent-Buffault (1991) e Alain Corbin (2021) indicam como, a partir do século XVIII, as elites francesas moldaram as experiências emocionais, depreciando a tristeza e promovendo a felicidade como ideal a ser alcançado. O conceito pejorativo de sentimentalismo, aliado às novas concepções de beleza e pudor, refletia uma repressão emocional em consonância com as transformações trazidas pela modernidade. No Brasil do século XIX, como aponta Marcio Rodrigues Pereira (2009), a influência da cultura francesa intensificou tais percepções, promovendo desprezo pelo "sentimentalismo" representado pelos dramas do cotidiano e incentivou a polidez, sentimentos nacionalistas e de superioridade entre as elites, configurando novos sistemas de emoções.

Anthony D. Smith (1997) aponta que o nacionalismo, vinculado a uma consciência coletiva, fortaleceu, também, sentimentos de pertencimento e segurança, particularmente entre os grupos no poder, que impuseram normas emocionais por meio de símbolos e linguagem. No Brasil, o avanço do capitalismo e a influência de modelos políticos e econômicos estrangeiros, como o liberalismo estadunidense, intensificaram esses processos no início do século XX, especialmente em São Paulo, como argumenta José Murilo de Carvalho (2017).

Conforme destacado por Pascal Bruckner (2014, p. 16), a felicidade tornou-se uma norma no Ocidente, exigindo que "tudo seja avaliado pelo ângulo do prazer e da contrariedade". Byung-Chul Han (2014) complementa essa análise ao observar que, no capitalismo neoliberal, a felicidade assume um caráter performativo, sendo controlável e, sobretudo, consumível. Embora inseridas em contextos distintos, essas reflexões revelam a crescente vinculação entre felicidade e sucesso econômico, uma dinâmica igualmente presente em São Paulo no início do século XX. Nesse cenário, o ideal de felicidade, associado pelas elites paulistas ao progresso regional e ao acúmulo de capital, reforçava valores regionalistas e liberais, promovendo a tristeza como uma patologia a ser eliminada por ser vista como sinal de fracasso pessoal e por comprometer o ideal de bem-estar produtivo e de modernidade.

A atenção às expressões emocionais desempenhou um papel relevante na história do Brasil, especialmente após a instauração da República (1889), devido à busca por uma identidade nacional. Como elucida Mota (2003), essa construção tornou-se central nos debates intelectuais, científicos, artísticos e políticos, refletindo as ideologias e desejos das elites liberais da época. Entre as qualidades exaltadas estavam "força, robustez, lucidez, clarividência, intuição, senso de realidade, imaginação, inventividade, originalidade, autodomínio" e sentimentos de "coragem, ambição, perseverança e energia moral" (p. 55). Tais ideais orientaram o controle não apenas dos corpos, mas também das emoções a eles associadas, construindo um sistema de atributos exaltados como símbolos de prestígio. Aqueles que não os seguiam eram vistos com repulsa e temor, o que sustentava normas emocionais.

Esse movimento também se manifestava na capital de São Paulo, por meio de narrativas que promoviam "um sentimento progressista e desbravador", supostamente herdado "dos heróis bandeirantes, fundando o que Saint-Hilaire chamou de 'raça de gigantes'" (Mota, 2005, p. 77). Focalizando a promoção desses valores emocionais, como aponta Sevcenko (1992), nos anos 1920, o recondicionamento dos corpos e do imaginário social devido às novas tecnologias

e ao crescimento industrial e econômico impactou profundamente a vida afetiva na cidade. A expansão da indústria editorial, do cinema, dos bondes, estádios, salões de dança, artes e festividades fortaleceu a narrativa de São Paulo como um lugar de consumo de felicidade, beleza e diversão, atraindo brasileiros de outros estados e estrangeiros. No entanto,

Atraídos por essa fabulosa acumulação de recursos, de oportunidades na indústria e no comércio ou vislumbrando a possibilidade de enriquecimento, multidões de famílias e indivíduos [...] não encontrariam sequer uma cidade; teriam que improvisar suas habitações e suas vidas, enfrentando um volume inexorável de contrariedades (Sevcenko, 1992, p. 109).

Assim, a luta pela sobrevivência e ascensão social, permeada por desigualdades de raça, classe e gênero, gerou intensas violências que fragmentaram a convivência no espaço urbano, indicando que a cidade nunca foi, nem seria, um lugar idílico, de modo que “os sonhos se realizaram para alguns e as ilusões se desfizeram para muitos” (Fausto, 2014, p. 20). Dessa forma, como apontado pela historiografia brasileira, a complexa realidade da vida urbana paulista foi atravessada por contrariedades emocionais, destacadamente por sofrimentos.

Liane Maria Bertucci (2012) elucida que a pandemia de gripe espanhola (1918-1919) resultou em mais de 35 mil óbitos no Brasil, incluindo 5.328 em São Paulo.² Partindo desse dado, é possível sugerir que esse evento provocou profundas tristezas na população devido ao isolamento, à doença e à morte, cujos efeitos perduraram nos anos 1920. Carvalho (2002) aponta que as agitações políticas e repressões contra movimentos sociais, como anarquistas e comunistas, além de grupos minoritários, especialmente negros recém-libertos da escravidão, refletiram a violência urbana e o racismo, alimentando a insegurança, o desamparo e a raiva entre esses grupos marginalizados. Fausto (2006) aponta que os conflitos civis, como a Revolta Paulista de 1924, transformaram as ruas da capital em campos de batalha, intensificando o clima de medo diante dos saques e das diversas formas de violência decorrentes desse evento.

Adicionalmente, Sevcenko (1992) e Fausto (2014) sublinham que a ampla e desigual competição por trabalho, a vulnerabilidade econômica e a grande miséria vivenciada pela maioria da população resultaram em sentimento de desilusão. Nesse contexto, ao abordar as experiências de imigrantes, Teresa Meade (2004), Oswaldo Truzzi e Maria Izilda Matos (2015) indicam que a saudade vivenciada por aqueles que deixavam seus entes queridos em seus países de origem também é um marcador de tristezas, nostalgias e solidão.

A crise da Bolsa de Valores em 1929 resultou em falências e elevou os índices de suicídio inclusive na capital paulista, indicando desesperança e desespero, conforme analisado por Angela de Castro Gomes (2005) e Roberto Pompeu de Toledo (2015). No mesmo ano, enchentes provocadas por fortes chuvas que transbordaram os rios Tietê e Tamanduateí afetaram principalmente os pobres das áreas de várzea. Fabio Alexandre dos Santos (2021) destaca que esse desastre expôs o crescimento desordenado da cidade e o descaso estatal com as populações vulneráveis, causando a destruição de bens e um impacto profundo na estabilidade emocional dos afetados, o que contribuiu para aumentar a tristeza, o desamparo e a frustração.

2 Segundo o *Atlas histórico do Brasil*, da Fundação Getulio Vargas (2023), o Rio de Janeiro registrou o maior número de óbitos durante a pandemia, com 12.700 mortes em dois meses. Rio de Janeiro e São Paulo lideraram os índices de mortalidade pela gripe, atribuídos ao intenso fluxo de pessoas nos principais portos do Brasil.

Nos anos 1930, novos contextos de guerra, como a Revolta Constitucionalista de 1932, na qual os paulistas foram derrotados, instauraram o terror, a ansiedade e a humilhação, como delineiam Marco Santos e André Mota (2010). Ademais, os golpes de Estado perpetrados por Vargas em 1930 e 1937, que marcaram o fim da Primeira República e o início do Estado Novo e da ditadura varguista, evidenciam a presença de medo e revolta em uma parte da população, reforçando sofrimentos emocionais.

Os eventos apresentados nessa síntese permitem considerar a falácia propagada pelas elites sobre uma capital essencialmente próspera, na qual o orgulho e a alegria paulistanos prevaleciam. Em oposição a essas narrativas idealizadas, os sofrimentos, marcados por desigualdades sociais e econômicas, somados aos temores diante de conflitos e violências, às transformações urbanas e tecnológicas e ao rápido crescimento populacional, impactaram profundamente a vida emocional dos paulistanos. Esses fatores, como é possível inferir, contribuíram para o surgimento de tristezas em diferentes graus, nas esferas coletiva e individual.

As elites, entretanto, como aponta Margareth Rago (1985), atribuíram preconceituosamente os problemas da cidade às classes pobres e trabalhadoras, promovendo emoções como medo, ódio e nojo contra minorias que habitavam a capital, resultando na formulação de projetos de “gestão higiênica da miséria”. Os médicos, conforme indica Jurandir Freire Costa (1979, p. 13), desempenharam um papel central nesse planejamento, propondo, a partir de ações disciplinadoras, projetos de saúde que refletiam ideais de ordem e embelezamento, nos quais “a família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se, ao mesmo tempo, sinônimo histórico de família burguesa”.

Esses projetos burgueses influenciaram diretamente a criação de normas restritivas para a vida pública e privada, promovendo, como destaca Denise Bernuzzi Sant’Anna (2014) padrões de beleza, modernidade, luxo e felicidade. Desse modo, as elites perceberam os pobres como feios, tristes, perigosos e doentes, justificando intervenções médico-sanitárias e medidas de disciplinarização social destinadas a silenciar e marginalizar esses corpos nos espaços públicos. A criação de manicômios, como o Hospital do Juquery, fundado em São Paulo em 1898 e considerado um dos maiores complexos manicomial da América Latina, constitui uma dessas estratégias.

Estudos de Lia Novaes Serra (2011), Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silva (2015), Rosana Machin e André Mota (2019) e Lucciano Franco de Lira Siqueira (2022) indicam que, enquanto instituições psiquiátricas privadas, como o Sanatório Pinel, em Pirituba (SP), ofereciam maior assistência a pacientes de famílias abastadas, ainda que sujeitos a violências, os manicômios públicos, como o Juquery, eram marcados por violências mais frequentes, agravadas pela pobreza dos internos. Nestes últimos, as pessoas internadas, predominantemente negras e imigrantes considerados racialmente inferiores, mulheres que desafiavam normas de feminilidade e crianças diagnosticadas como “menores anormais”, eram socialmente temidas, justificando sua internação e exclusão, longe dos olhos higienizados das elites. Abandonadas por suas famílias e negligenciadas pelo Estado, essas pessoas eram percebidas como transgressores da saúde pública idealizada, de modo que sua “alta” frequentemente se dava apenas com a morte nas instalações, o que reforçava o controle psiquiátrico sobre indivíduos considerados ameaças à normalidade social.

Emoções sob escrutínio: um olhar psiquiátrico sobre tristezas transgressoras

Segundo Michel Foucault (2006, p. 5), as práticas disciplinares estão historicamente interligadas ao olhar médico, de modo que “a própria relação de objetividade, constitutiva do saber médico e critério de sua validade, tem por condição efetiva de possibilidade certa relação de ordem, certa distribuição do tempo, do espaço, dos indivíduos, abrangendo corpos, gestos e discursos. Diante disso, a loucura, representada por emoções, foi reincorporada às práticas de saúde, a partir da psiquiatria, estabelecendo relações de poder que fundamentaram projetos de regimes emocionais alinhados aos interesses de grupos dirigentes.

A análise da constituição da psiquiatria no Brasil e da gestão higiênica da miséria para reformular a vida urbana revela que o controle do “louco” e da “loucura” era realizado por meio da criação de instituições, como o manicômio, e das terapêuticas, conforme sublinham Roberto Machado et al. (1978). Nesse contexto, as tristezas eram percebidas como ameaças a serem eliminadas, resultando na medicalização como estratégia de gestão desses sofrimentos, de modo que “questões que não são de ordem médica passam a ser tratadas como enfermidades, transtornos e desordens” (Ferreira, 2017, p. 27).

A obra *Psiquiatria clínica e forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva, publicada em 1940 pela Companhia Editora Nacional e reeditada em 1951 pela Editora Renascença, reflete as premissas eugenistas e organicistas predominantes na época no campo médico-legal. Configurado como uma coletânea de trabalhos desenvolvidos ao longo da carreira do autor entre 1924 e 1939, o manual tornou-se um material didático fundamental nas faculdades de medicina do Brasil, particularmente em São Paulo, onde Pacheco e Silva exerceu grande influência no cenário psiquiátrico, educacional, empresarial e político (Tarelow, 2020; Campos, 2021).

A diversidade de sua composição iconográfica apresenta indícios de como experiências emocionais foram integradas à psiquiatria da época, revelando relações entre vida afetiva e saúde. No capítulo “Causa das doenças mentais”, a seção “Emoções. Paixões” reforça essa perspectiva ao justificar a atenção psiquiátrica às emoções, pois:

As grandes emoções, como as paixões violentas, empolgam os indivíduos vibráteis, hipermotivos, perturbando transitóriamente o juízo crítico e, sobretudo, afrouxando o poder de frenação. Em certos casos, porém, os distúrbios desencadeados após as grandes emoções, assumem maiores proporções, se avolumam, gerando verdadeiras psicoses, curáveis ou não (Silva, 1951, p. 42).

Diante desse problema, a tecnologia psiquiátrica também se instrumentalizou com a finalidade de mapear e sanar emoções consideradas doentias, desafiadoras da ordem idealizada. Partindo do exposto, identificamos as seguintes manifestações de tristezas classificadas como sintomas de doenças na fonte delimitada:

Quadro 1: Referências às tristezas no manual *Psiquiatria clínica e forense*

| CAPÍTULO | SEÇÃO | EXCERTO |
|--|------------------------------|--|
| Semiologia da afetividade | 5. Tristeza mórbida | “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 o suicídio” (p. 50). |
| As constituições em patologia mental | 5. Constituição hiperemotiva | “Os indivíduos hiperemotivos são de uma timidez exagerada e extremamente escrupulosos, revelando grande exaltação de consciência. Dúvidas constantes lhe assaltam o espírito, gerando as mais variadas obsessões e fobias. Os abalos morais têm sobre eles grande repercussão, provocando estados ansiosos e angústia, que os levam a um verdadeiro estado melancólico” (p. 104). |
| Demência precoce (esquizofrenia) | 4. Primeiros sintomas | “Na maioria das vezes, é o aparecimento de um surto de excitação ou de depressão, acompanhado ou não de alucinações, de ideias delirantes, que leva a família a analisar retrospectivamente atos realizados na fase pré-psicótica, que já pareciam estranhos, mas não davam margem para suspeitar do início de uma doença mental” (p. 279). |
| Parafrenias – delírio sistematizado alucinatório crônico | 5. Forma fantástica | “predomina grande número de ideias delirantes polimorfas, estranhas, instáveis. Em regra, após um período mais ou menos longo de depressão, surgem ideias delirantes de perseguição, com características próprias” (p. 313). |
| Paralisia geral | 7. Forma depressiva | “Esta modalidade é representada por um quadro francamente melancólico, depressivo, hipocondríaco. O doente [...] revela ideias de ruína, julga-se irremediavelmente perdido, capacitado de que está falido e atacado de mal incurável. Cai em profunda tristeza, recusa-se a aceitar alimentos, denota ideias macabras, julgando-se condenado a sofrer os maiores martírios, razão por que não raro pratica tentativas de suicídio para escapar aos suplícios que lhe estariam reservados” (p. 376). |

Fonte: adaptado de Silva (1951).

Conforme destacado por Sant’Anna (2013), ao longo dos séculos XIX e XX, as relações humanas com a tristeza foram moldadas por ideias de ascensão social e trabalho assalariado, influenciadas pelo crescente liberalismo econômico. Essa perspectiva ressalta o papel político da psiquiatria no contexto social e urbano ao normatizar emoções vistas como obstáculos ao desenvolvimento de São Paulo, representada como uma capital voltada para o trabalho e os negócios, e promovida como um polo econômico brasileiro, identificado como feliz, orgulhoso e corajoso (Sevcenko, 1992; Mota, 2003; Bercito, 2011).

Assim sendo, de acordo com os dados sistematizados no Quadro 1, a tristeza foi frequentemente diagnosticada como sintoma de demência precoce, parafrenia e paralisia geral progressiva (PGP), além de ser categorizada patologicamente por manifestações de tristeza mórbida e hiperemotividade, conforme descrito nos capítulos “Semiologia da afetividade” e “As constituições em patologia mental”. A tristeza, associada a comportamentos delirantes e paranoicos, reforçava a noção de morbidez e ampliava a medicalização de emoções como angústia e ansiedade. Essas manifestações, consideradas ameaças à saúde e à ordem pública, justificavam estratégias de controle nos manicômios, contribuindo para um regime emocional que visava assegurar a conformidade social da capital.

Os resultados indicam que, nas décadas de 1920 e 1930, a depressão era compreendida de maneira diferente em relação ao conceito atual no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-V). Ela era associada à redução da saúde, da energia e do ânimo, considerada um indicativo de várias patologias, como PGP, parafrenia e demência precoce, além de estar relacionada a ideias suicidas e comportamentos violentos. Atualmente, o DSM-V (2014) oferece uma categorização mais precisa dos transtornos depressivos, como transtorno disruptivo da desregulação do humor, depressão maior e distímia. Nesse contexto, a compreensão da depressão como uma tristeza crônica e violenta muitas vezes justificava intervenções psiquiátricas que resultavam em internações, considerando os manicômios como espaços de contenção e cura.

A revisão da relação entre doença e emoções, que ocorreu nos debates psiquiátricos entre os séculos XIX e XX, levou à redefinição das expressões de tristeza por meio de novas classificações patológicas. Como destacam Tâki Athanássios Cordás e Matheus Schumaker Emilio (2017), figuras como Philippe Pinel, Johan Christian August Heinroth, Sigmund Freud e Emil Kraepelin desempenharam papéis cruciais nesse processo. Em síntese, Pinel abordava a tristeza como um delírio específico, distinto da mania e do delírio generalizado; Heinroth, influenciado pelo luteranismo, adotava uma perspectiva psicossocial centrada nas experiências individuais; Freud, por meio da psicanálise, ofereceu contribuições significativas para a compreensão e tratamento dos estados melancólicos; e Kraepelin, com sua abordagem organicista, tornou-se uma referência essencial, especialmente na obra de Pacheco e Silva (1951) sobre psicose maníaco-depressiva.

No início do século XX, emoções como tristeza, angústia e ansiedade passaram a ser medicalizadas e associadas a condições psicóticas e demenciais, como destacado por Sandra Caponi (2012). O manual analisado, que seguia a orientação organicista alemã de Kraepelin, amplamente reconhecida na psiquiatria brasileira a partir da década de 1920, descrevia a melancolia como psicose maníaco-depressiva e melancolia pré-senil. Assim, em contraste com diagnósticos anteriores que consideravam a tristeza apenas como um sintoma, a melancolia foi identificada como uma patologia distinta, conforme detalhado no quadro a seguir:

Quadro 2: Tristeza como doença: a questão da melancolia

| CAPÍTULO | SEÇÃO | EXCERTO |
|----------------------------------|-------------------------|---|
| Psicose maníaco-depressiva | 5. Melancolia simples | “Na forma simples, que é a mais frequente, consigna-se tristeza mitigada, desânimo e abatimento. O doente permanece acabrunhado, desinteressado por tudo, mesmo pelas coisas para com as quais sempre mostrou o mais vivo interesse. Na maioria das vezes dá a impressão de estar conformado com o seu estado, aceitando de forma passiva tudo quanto se lhe propõe. Outras vezes, porém, dá evidentes demonstrações de inquietude e angústia, pois que o doente lamenta a sua situação, que qualifica de irremediável” (p. 333). |
| Psicose maníaco-depressiva | 6. Melancolia delirante | “O doente cai em tristeza profunda, movimenta-se lentamente, mostra-se indeciso, apático, mergulhado muitas vezes em estado de estupor. Muitos recusam os alimentos, forçando os médicos a recorrerem à sonda para evitarem o estado de inanição e morte subsequente. [...] O paciente é assaltado por idéias de ruína, tanto física como mental, sobretudo moral. [...] Insiste no fato de ter para sempre perdido a capacidade intelectual e de estar condenado à completa inatividade, não podendo mais volver às suas ocupações anteriores. Supõe-se na [...] miséria e lastima a sorte da família, que vai sofrer as consequências dos atos indignos que êle julga, falsamente, haver praticado” (p. 335). |
| Psicose maníaco-depressiva | 7. Melancolia ansiosa | “Na melancolia ansiosa o doente é dominado pela ansiedade e pela angústia. Dêle se apodera grande instabilidade psicomotora e incessante inquietude. Receoso, não cessa de gemer, de se lastimar. A fisionomia revela profunda dor moral e grande sofrimento. O doente não pode permanecer sentado ou deitado. Anda de um lado para o outro, contorcendo as mãos, arrancando os cabelos, beliscando-se, contundindo-se, num estado de desesperação inenarrável. Para fugir a tão grande sofrimento, alguns buscam refúgio na morte, sendo relativamente numerosos os casos de suicídio de melancólicos ansiosos” (p. 335-336). |
| Psicose de involução. Senilidade | 7. Melancolia pré-senil | “Mais frequente no sexo feminino, a melancolia pré-senil se instala entre os 50 e 60 anos. Os elementos fundamentais dessa forma: 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 ideias de pecado e de auto-acusação” (p. 348). |

Fonte: adaptado de Silva (1951).

O levantamento e sistematização da melancolia no compêndio revela que, para a psiquiatria da época, as expressões de tristeza eram consideradas transgressoras em diversos contextos e estágios da vida, sendo frequentemente associadas a alterações orgânicas e fisiológicas do cérebro e, portanto, classificadas como doenças mentais. Nesse bojo, indivíduos diagnosticados poderiam ser considerados legalmente incapazes e categorizados como “loucos de todo o gênero” conforme o Código Civil de 1916, que, em seu artigo 457, estipulava que “sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado” (Brasil, 1916). Essa abordagem refletia um caráter excludente, destacadamente para aqueles que não se conformavam às normas sociais e emocionais estabelecidas, reforçando a necessidade de tirar de vista a feiura representada por esses corpos loucos, inclusive os tristes.

Durante os eventos marcantes em São Paulo entre 1920 e 1930, como crises na saúde, política e economia, emoções como tristeza, ansiedade, medo e angústia tornaram-se comuns. Entretanto, influenciada por concepções organicistas e projetos de medicalização, a psiquiatria frequentemente interpretava essas emoções como melancolias associadas à psicose maníaco-depressiva, conforme analisa o trabalho de Joel Birman (2010). O aumento desses diagnósticos sugere que as tristezas desafiavam normas emocionais, especialmente problemáticas entre as populações pobres e trabalhadoras, que eram vistas pelas elites como ameaças ao “bem-estar” produtivo de uma São Paulo idealizada como uma sociedade voltada ao trabalho e ao progresso.

Além da psicose maníaco-depressiva, identificamos a melancolia pré-senil, que se refere a estados de profunda tristeza, ansiedade e perda de energia, especialmente em indivíduos entre 50 e 60 anos. Classificada como uma forma de psicose de involução, essa definição é um indicativo de como manifestações emocionais associadas ao envelhecimento eram interpretadas como patológicas. Assim, como destacam Renata Andrade e Roberto Calazans (2014, p. 71), “a medicalização da terceira idade se faz presente [...] como uma perspectiva que generaliza como patológico toda e qualquer queixa que o sujeito leva aos consultórios”. Diante disso, os sofrimentos dessa fase da vida também podiam ser diagnosticados como “melancolia”, tendo em vista o contexto histórico da fonte analisada.

Partindo do exposto, é plausível considerar que emoções tristes, como esgotamento, falta de realização pessoal e ausência de amor ou sucesso, podem ser exacerbadas por intensas mudanças geracionais e urbanas, fazendo emergir saudades e sofrimentos emocionais. No entanto, como sugerido por pesquisas sobre medicalização, historicamente os psiquiatras têm categorizado essas experiências como patológicas, adotando uma visão biomédica que minimiza o impacto de eventos, relacionamentos e personalidade, além das especificidades corporais nas expressões emocionais e sofrimentos psíquicos na terceira idade (Henriques, 2012; Angel e Amaral, 2023).

O manual em análise revela uma alta prevalência do diagnóstico de melancolia pré-senil entre mulheres, nos permitindo a formulação de algumas hipóteses. A partir das proposições de Maria Izilda Santos de Matos (1996) e Bell Hooks (2024), hipotetizamos que, em um contexto patriarcal, a dificuldade das mulheres idosas em atender aos padrões de feminilidade e juventude, aliada a experiências de violências conjugais e de solidão, pode intensificar a tristeza, exacerbada pela sensação de “tempo perdido”. Além disso, sintomas relacionados ao climatério, comuns nessa fase, podem agravar alterações de humor e provocar profundas tristezas. Nesse contexto, é possível supor que as narrativas psiquiátricas, frequentemente misóginas, rotulavam essas

experiências como melancolia, igualmente desconsiderando especificidades das experiências das mulheres mais velhas.

Tendo em vista o contexto histórico em que tristezas eram rotuladas como doenças mentais e sintomas, é crucial refletir sobre os mecanismos de poder na medicalização das emoções. Thomas Szasz (1960) é fundamental nesse debate, argumentando contra a medicalização da vida pela psiquiatria e sugerindo que o conceito de doença mental é uma construção, um “mito”, visto como uma forma de justificar a contenção de indivíduos, especialmente os mais pobres, rotulados como desarmônicos, feios e improdutivos. Essa análise questiona como práticas psiquiátricas medicalizam emoções, transformando desvios da norma emocional em patologias e criando um regime emocional que utiliza intervenções institucionais e terapêuticas para normatizar e gerenciar emoções consideradas transgressoras.

Terapias de choque como estratégia de gestão das tristezas

William Reddy (2004) destaca que as emoções, centrais na vida das pessoas e moldadas por fatores sociais, possuem uma relevância política significativa, evidenciando interesses de controle sobre aquelas consideradas intoleráveis. Esse entendimento está vinculado ao conceito de regimes emocionais, que impõem aos indivíduos a obrigação de expressar emoções conforme normas estabelecidas por grupos no poder. Para sustentar esses regimes, são utilizadas estratégias de gestão emocional, definidas como o “uso instrumental dos efeitos autoalterantes das emoções a serviço de um objetivo” (Reddy, 2004, p. 129, tradução nossa), aplicadas por meio de coação direta ou indireta.

Por meio dessa abordagem, que os projetos disciplinadores das práticas médicas em São Paulo no início do século XX impuseram restrições às emoções. Ao medicalizar a tristeza, os psiquiatras ajudaram a moldar um regime emocional singular, utilizando estratégias de gestão representadas pelos manicômios e terapêuticas. Essa gestão pode ter sido influenciada pelos investimentos nacionais e internacionais em ciências, que, conforme ressaltado por Marta de Almeida e Maria Amélia M. Dantes (2001), promoveram a expansão de laboratórios e instituições de pesquisa em saúde. Na psiquiatria, como observa Lygia Maria de França Pereira (1995), os laboratórios tornaram-se essenciais para a cientificidade da área, ampliando o conhecimento sobre doenças, suas causas e o desenvolvimento de propostas interventoras que impactaram as emoções.

Com o avanço da anatomopatologia das doenças mentais, nesse cenário, foi ampliado o arsenal terapêutico nos hospitais psiquiátricos, resultando no surgimento das terapias biológicas, conhecidas popularmente como terapias de choque. Tarelou (2013) argumenta que, seguindo a lógica organicista, essas terapias visavam intervir no corpo de forma abrupta para alcançar a remissão de doenças mentais e emocionais de base orgânica, justificando o termo “choque”. Esses métodos não apenas buscavam melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas da sociedade como um todo, conforme sublinha Heider Victor Cabral de Moura (2010), refletindo ideais disciplinadores da psiquiatria sobre o social e o enfoque biomédico da saúde mental.

Nesse bojo, as doenças, compreendidas como um grande mal, eram vistas pelos psiquiatras como passíveis de tratamento por métodos cada vez mais invasivos. Desse modo, no âmbito

psiquiátrico, “dos extratos vegetais às cirurgias cerebrais mutilantes, tudo seria tentado, desde que houvesse, pela força da ciência, da lógica, ou simplesmente da palavra, uma racionalidade que impregnasse o ato de um certo grau de medicalidade” (Pereira, 1995, p. 95). Essa abordagem justificou amplamente o uso de terapias de choque para tratar casos graves, como demência precoce, parafrenia e PGP, bem como a melancolia, sugerindo que a expressão de tristezas presentes nas sintomatologias poderia ser interpretada como uma emergência psiquiátrica, especialmente devido à associação das emoções como parte do funcionamento biológico do cérebro. Assim, os psiquiatras acreditavam que a alteração orgânica desses estados emocionais doentes poderia ser alcançada por meio dessas terapias.

A história das terapias de choque em São Paulo é marcada pela atuação de Pacheco e Silva, reconhecido por importar essas técnicas para o Brasil após estudos em hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos, França e Alemanha, financiado pela Fundação Rockefeller. Como destacam pesquisas de referência, o psiquiatra foi pioneiro na aplicação dessas terapias no Hospital do Juquery, do qual foi diretor entre 1923 e 1937, posteriormente implementando essas práticas no Hospital das Clínicas, onde era catedrático de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ensinando especialmente a eletroconvulsoterapia (ECT) aos seus alunos (Pereira, 1995; Rigonatti, 2004; Tarelow, 2023).

Além de ministrar aulas e conduzir experimentos laboratoriais sobre métodos terapêuticos, o médico documentou essas recomendações em diversas publicações, incluindo sua premiada obra *Psiquiatria clínica e forense*. Com base no levantamento das representações da tristeza nos diagnósticos (Quadros 1 e 2), identificamos nas seções referentes a prognósticos e tratamentos dos respectivos capítulos as seguintes recomendações terapêuticas:

Quadro 3: Recomendação terapêutica em quadros que mencionam estados tristes

| DIAGNÓSTICOS | TERAPÊUTICAS |
|----------------------------------|--|
| Demência precoce (esquizofrenia) | “Consiste o processo de SAKEL no emprêgo de doses progressivas de insulina, visando-se obter o estado de coma hipoglicêmico. Instalado este, dêle é o doente arrancado mercê da ingestão de soluções açucaradas, levadas ao estômago por meio de uma sonda ou injeções concentradas de glicose aplicadas por via endovenosa. O método preconizado por VON MEDUNA tem por objetivo despertar crises convulsivas, as quais são provocadas por meio de injeções de Cardiazol, aplicadas em doses altas (3 a 10 cm ³) e introduzidas rapidamente pela via intravenosa. A convulsoterapia elétrica também é eficaz em muitos casos” (p. 286). |
| Parafrenias | “Nas formas parafrênicas os modernos métodos de choque – a insulino-terapia e a convulsoterapia – agem eficazmente, conquanto as recidivas, assaz freqüentes, exigem novas aplicações. O emprêgo da psicoterapia, em casos especiais, tem a sua indicação, sobretudo nos períodos da remissão” (p. 315). |

| | |
|-----------------------------------|--|
| <p>Psicose maníaco-depressiva</p> | <p>“Por vêzes, os choques piretotêrpicos e a convulsoterapia podem abreviar o período das crises. Cumpre não descuidar do tratamento sintomático da agitação, recorrendo-se aos sedativos físicos e psíquicos – balneoterapia, brometos, barbitúricos, etc. Nos estados depressivos, têm ainda hoje grande voga, quando há intensa ansiedade, os opiáceos. Ultimamente os autores têm recorrido, com resultados apreciáveis às hematóporfirinas e ao sulfato de benzedrina” (p. 337).</p> |
| <p>Psicoses de involução</p> | <p>“O problema do rejuvenescimento, da conservação da mocidade eterna, foi sempre objeto de preocupação do homem. Mau grado os progressos da ciência, não conseguiu ainda o homem evitar os efeitos da usura da vida. Os regimes hipotóxicos, hipoazoatos, as medicações iodadas e os nitritos, ao lado do repouso do espírito, são os métodos mais eficazes no combate da senilidade. Hoje, os extratos glandulares, sobretudo das gônadas, têm grande voga, com resultados animadores em certos casos, enchendo de esperança os que para lá caminham...” (p. 350).</p> |
| <p>Paralisia geral</p> | <p>“A paralisia geral era, no passado denominada progressiva, porque a sua evolução era então inexorável, não existindo processo terapêutico capaz de deter a sua marcha. Desde, porém, que WAGNER-JAUREGG introduziu a malarioterapia, o prognóstico se tornou menos infausto. Novos processos piretotêrpicos [...] contribuem, dia a dia, para modificar o conceito da incurabilidade da paralisia geral, sobretudo nos casos incipientes. O emprêgo da penicilinoterapia em doses elevadas, de dez a vinte milhões de unidades, em doses fracionadas, associadas ou não à malarioterapia, constitui outro método de valor no tratamento da paralisia geral” (p. 376).</p> |

Fonte: adaptado de Silva (1951).

O Quadro 3 revela uma diversidade de métodos terapêuticos empregados nos anos 1920 e 1930 para o tratamento de doenças associadas a manifestações de tristeza, abrangendo dietas, medicamentos, isolamento, psicoterapia, bem como terapias biológicas, destacadamente piretoteria, malarioterapia, insulino-terapia e cardiazol-terapia,³ predominantemente aplicadas em casos de demência precoce, parafrenia, psicose maníaco-depressiva e PGP, enquanto psicoses de involução, como a melancolia pré-senil, eram excluídas dos tratamentos de choque. Relacionadas a esses quadros patológicos, essas terapias são detalhadas no capítulo “Tratamentos das doenças mentais” do manual analisado, que fundamenta a análise histórica apresentada a seguir, nos permitindo sugerir que esses métodos terapêuticos se configuraram como gestão emocional de regime imposto pelas elites e reforçado por um discurso psiquiátrico que definia como saúde a felicidade, o sucesso e o “bem-estar” produtivo.

Conforme destacado por Pereira (1995), os psiquiatras fundamentavam-se em análises empíricas que indicavam que febres induzidas por determinadas doenças apresentavam efeitos benéficos no tratamento de certas psicoses, o que levou ao desenvolvimento de métodos terapêuticos formalizados e cientificamente embasados. Diante disso, a malarioterapia foi a primeira

3 A terapia de choque conhecida como eletroconvulsoterapia (ECT), também identificada no mapeamento, foi introduzida no Brasil após 1941 e, portanto, está fora do escopo temporal deste trabalho, não sendo aprofundada neste artigo.

técnica de choque empregada nos manicômios para induzir artificialmente e de forma abrupta estados febris. Utilizada com especial ênfase na PGP, “tornou-se o grande ato [...] desde a construção do hospício [Juquery] até 1936” (p. 99), sendo frequentemente utilizada a partir de 1925.

Na seção 12 do capítulo sobre tratamentos das doenças mentais, Pacheco e Silva (1951, p. 169) descreve a técnica como uma reprodução da picada do mosquito *Anopheles*, consistindo em inserir a agulha “perpendicularmente no tecido muscular e, à medida que se injeta, vai-se retirando vagarosamente a agulha, de forma a se lançar o sangue contaminado nos diversos planos musculares e no tecido celular subcutâneo”. Após a aplicação, os períodos febris começavam entre 5 e 10 dias; se a febre não surgisse, administrava-se uma injeção piretógena como a Dmelcos, provocando picos febris de 39°C a 40,5°C. No contexto da PGP na forma depressiva, essa prática levanta questões sobre o impacto da terapia no manejo da tristeza intensa associada à doença, visando sua regulação orgânica.

Essa abordagem terapêutica comumente levava o paciente malarizado à morte, além de outros efeitos colaterais graves como icterícias, aumento de volume do fígado e baço, herpes labial, desordens cardíacas, e até atrofia do nervo óptico, conforme descrito por Pereira (1995). Pesquisas indicam que, apesar dos efeitos colaterais pouco discutidos, a divulgação de resultados positivos da malarioterapia no tratamento da PGP buscava elevar o *status* científico da psiquiatria e garantir a continuidade do método (Padovan, 2010; Tarelow, 2013; Accorsi, 2015).

Surgida posteriormente, como uma proposta de substituição da malarioterapia para o tratamento de PGP, identificamos na seção 11 do capítulo mencionado a piretoterapia. Esta técnica consiste, conforme sua origem etimológica do grego *pyretós* (calor, febre) e *therapeia* (terapia), “no emprêgo de substâncias capazes de provocar um choque coloidoclássico e conseqüente estado febril” (Silva, 1951, p. 167). O estado febril podia ser induzido utilizando uma variedade de métodos, incluindo quimioterapia (com substâncias como nucleinato de sódio, terebintina, enxofre e metais coloidais), proteínoterapia (utilizando leite e peptona), vacinoterapia (com substâncias como tuberculina, vacina antitífica e vacina contra cancro mole), bacterioterapia, nosoterapia e fisioterapia (por meio de banhos quentes e diatermia por ondas curtas).

As técnicas de vacinoterapia destacam-se notadamente pela vacina contra o cancro mole, conhecida como Dmelcos, passando a ser utilizada a partir de 1927 nos manicômios brasileiros. As formas de aplicação e as reações dessa terapia são descritas da seguinte maneira:

Injeta-se por via intravenosa meio cm^3 e vai-se aumentando de meio a 1 cm^3 , conforme as reações observadas, até se atingirem 4 cm^3 , tendo-se o cuidado de se praticar a injeção pela manhã, com o doente em jejum, guardando-se um intervalo de 3 a 4 dias entre cada dose, 3 ou 4 horas após a introdução do Dmelcos na veia do paciente registra-se uma reação que se caracteriza inicialmente por calafrios, mal-estar, estado levemente nauseoso, ligeira cefaléia, seguindo-se logo a elevação febril, que atinge a 39-40 graus durante 4 a 5 horas. Após uma crise sudoral abundante tem início a queda da temperatura, registrando-se por vêzes leve hipotermia (Silva, 1951, p. 168).

Outra forma de alcançar o estado febril foi por intermédio da sulfúrpiretoterapia, criada em 1927, na Dinamarca. Nesse processo, injeções de óleo sulfurado a 1%, em doses variando de 1 a 8 cm^3 , eram administradas via intramuscular na região dos glúteos. Essas injeções ocorriam a

cada quatro dias, começando com 1 cm³ e aumentando progressivamente conforme a reação febril do paciente (Silva, 1951).

Como destacado no documento, frequentemente, essa terapia era “recomendada em várias afecções mentais, particularmente na paralisia geral, na sífilis cerebral, na psicose maníaco-depressiva, nos estados ansiosos das mais variadas origens, na esquizofrenia e até mesmo nos estados demenciais” (Silva, 1951, p. 167), alinhando-se a alguns dos diagnósticos levantados neste estudo, os quais revelam tristezas em sua sintomatologia. A aplicação de terapias de choque em quadros de ansiedade, incluindo aqueles associados a tristezas nas formas depressivas e melancólicas dos diagnósticos, reflete uma gestão emocional voltada para a distinção entre emoções consideradas benéficas e prejudiciais, tanto para a saúde individual quanto para a coletividade. Essa abordagem é particularmente aprofundada no caso da psicose maníaco-depressiva, especialmente na forma de melancolia ansiosa, em que os pacientes apresentavam intenso sofrimento ligado a preocupações com suas vidas, contrastando com os ideais de vida urbana saudável.

Além da indução de estados febris por métodos piretotépicos, o manual também menciona, na seção 13 do capítulo sobre tratamentos, o uso de técnicas de indução ao coma, como a insulino-terapia, desenvolvida em 1935 pelo neuropsiquiatra austro-húngaro Manfred Joshua Sakel. Rapidamente adotada em hospitais psiquiátricos ao redor do mundo, a terapia começou a ser implementada nos manicômios paulistas a partir de 1936. Conforme descrito por Tarelow (2013, p. 87-88), “Pacheco e Silva acompanhou pessoalmente as aplicações [da insulino-terapia] em pacientes de seu sanatório particular, o ‘Pinel’, em Pirituba”. A aplicação e estudos dessas técnicas também se deram em pacientes do Juquery e, no Manicômio Judiciário, em internos condenados por crimes, utilizados principalmente como cobaias.

O procedimento, realizado entre cinco ou seis vezes por semana, ao longo de trinta a quarenta dias, envolvia a administração inicial de dez unidades de insulina por injeção hipodérmica, com o objetivo de induzir coma hipoglicêmico, causado por baixo nível de açúcar no sangue. Os sinais precursores do coma incluíam “sudorese abundante, desordens cenestésicas, estado vertiginoso”, além de sensações físicas descritas como “‘vazio no estômago’, ‘tonturas’, ‘garganta seca’, ‘mal-estar indefinido’, ‘sensação de desfalecimento’” (Silva, 1951, p. 171). À medida que as doses eram aumentadas, observava-se efeitos colaterais como sonolência, salivagem excessiva e contrações musculares, além de dores físicas relatadas. É importante ressaltar que acidentes como convulsões, bradicardia, taquicardia e desordens respiratórias foram registrados, além de graves sequelas neurológicas e psíquicas, que não eram raras, conforme descrito pelo próprio psiquiatra.

Tendo em vista sua aplicação em quadros patológicos associados a sintomas de tristeza, observamos que essa prática era empregada especificamente no tratamento das “psicopatias”, abrangendo os estados depressivos da demência precoce e parafrenias. Um conceito adicional que indica gestão das expressões emocionais por meio dessas terapias foi o termo “depressão melancólica”, mencionado por Pacheco e Silva (1951, p. 170), possivelmente relacionado a estados de tristeza profunda e intensa, evidenciando a aplicação de terapias de choque para aliviar e eliminar sofrimentos considerados patológicos em vários níveis e formas.

Entre os métodos terapêuticos destacados, a convulsoterapia figura como recomendação para o tratamento de demência precoce, parafrenias e psicose maníaco-depressiva,

particularmente em suas formas melancólicas delirante e ansiosa, sob a crença de que a convulsão poderia restaurar o equilíbrio emocional comprometido pela tristeza profunda. Dentre as técnicas de indução de convulsões mapeadas entre 1920 e o final dos anos 1930, sobressai a cardiazolterapia, desenvolvida pelo psiquiatra húngaro Ladislav von Meduna em 1936. Na seção 14 do capítulo sobre tratamentos, Pacheco e Silva (1951) destaca que essa técnica age sobre o sistema nervoso, provocando convulsões ao estimular os centros subcorticais, além de atuar sobre a medula e afetar o segmento sensitivo do arco reflexo.

A cardiazolterapia, recomendada após a verificação das condições cardíacas por eletrocardiograma, era aplicada pela manhã com o paciente em jejum, exigindo uma equipe de enfermeiros para imobilizá-lo e prevenir acidentes como fraturas, mordeduras na língua ou luxação do maxilar. Após essas preparações, “o médico inicia o tratamento injetando inicialmente, com grande rapidez, 3 cm³ de solução de cardiazol a 10% por via intravenosa” (Silva, 1951, p. 179), de modo que o paciente apresente, entre 5 e 40 segundos, acessos convulsivos semelhantes aos da epilepsia, acompanhados de perda da consciência. O tratamento, podendo durar meses, visava provocar entre 20 e 30 crises convulsivas, como apresenta Tarelow (2012).

Como destacado no manual, as crises convulsivas seguiam três fases distintas. A primeira fase, chamada de tônica, durava entre dez segundos e um minuto, caracterizada pelo enrijecimento violento dos músculos, desvio conjugado da cabeça e dos olhos, e abertura involuntária da boca, justificando o uso do coxim protetor da língua. A segunda fase era a clônica, marcada por espasmos musculares igualmente intensos, que gradualmente se espaçavam. Finalmente, na terceira fase, conhecida como estertorosa, a respiração tornava-se difícil, a face do paciente ficava pálida, e também ocorria bradicardia (Silva, 1951).

Não eram incomuns os incidentes durante e após a aplicação deste método terapêutico. Segundo Tarelow (2012, p. 219), “além dos riscos de lesões ósseas e musculares, as convulsões intensas também apresentavam o perigo de causar problemas circulatórios, convulsões espontâneas horas após a administração do cardiazol e até mesmo lesões cerebrais de várias escalas”, podendo resultar em óbito. Adicionalmente, um efeito colateral frequente conhecido como “aura cardiazólica”, descrito por Pacheco e Silva (1951, p. 179), manifestava-se em “sensações sensitivas, sensoriais ou viscerais”, às vezes provocando estados emocionais de terror e iminência de morte, induzindo o que o psiquiatra chamava de “pânico cardiazólico”, levando pacientes a tentarem escapar do tratamento. O medo dos pacientes diante dessas terapias reflete o impacto emocional dos tratamentos e revela estratégias de gestão voltadas a sustentar o regime emocional idealizado.

Pesquisas de Pereira (1995), Padovan (2010), Tarelow (2012; 2013) e Accorsi (2015) são alguns exemplos que documentam os abusos cometidos nos manicômios brasileiros, especialmente aqueles que atendiam negros, mulheres e imigrantes pobres, evidenciando o caráter repressivo das práticas psiquiátricas no início do século XX. Esses autores criticam o uso de terapias de choque e outras formas de violência, não apenas como tratamentos, mas também como ferramentas de controle social, destinadas a punir comportamentos considerados inaceitáveis, como a expressão de determinadas emoções, manifestadas por corpos considerados inferiores e improdutivos.

A análise dos resultados deste estudo dialoga com tais críticas, sugerindo que a repressão desempenhou um papel central no regime emocional imposto nos manicômios paulistas, onde

psiquiatras, alinhados às concepções biomédicas da época, patologizavam emoções como a tristeza por contrariarem normas sociais, como a idealização da felicidade e da superioridade paulistana. Nesse contexto, as terapias de choque, além de seu propósito terapêutico, assumiam um caráter punitivo, gerando não apenas tristeza, mas também medo, submissão e humilhação, resultando em intenso sofrimento emocional. Essas práticas indicam uma tentativa de manipulação emocional dos internos, reprimindo expressões vistas como transgressoras.

Estudos contemporâneos, como os de Letícia Bello e Flávio Williges (2022), indicam que emoções como a raiva podem manifestar injustiças sociais, ressaltando o papel político das emoções como formas de resistência. Nesse sentido, podemos inferir que, no contexto histórico em questão, a tristeza expressa por pessoas pobres, frequentemente rotulada como loucura pelo discurso psiquiátrico, pode ser interpretada também como uma forma inconsciente de resistência, apontando à urgência de uma transformação na realidade social paulista. Essa perspectiva permite refletir sobre as maneiras de resistir às normas impostas por um regime emocional, sugerindo uma dinâmica complexa que abrange as experiências emotivas ao longo do tempo e espaço, distantes de uma visão única, linear e totalizadora.

Essa reflexão ganha relevância ao considerar as contradições históricas, como as crises políticas, econômicas e sociais que impactaram profundamente as emoções da época, convertendo a narrativa de felicidade promovida pela burguesia em uma ilusão. Nesse contexto, a manifestação pública da tristeza, mesmo sob o risco de repressão, surgia como uma denúncia das injustiças sociais enfrentadas por grupos marginalizados.

Dessa forma, destaca-se a importância de valorizar as emoções humanas em seus contextos sociais, ao invés de tratá-las como ameaças a serem controladas ou sintomas patológicos a serem eliminados por meio de medicação. A análise da medicalização histórica das emoções pela psiquiatria oferece uma compreensão mais abrangente dessas dinâmicas, permitindo reavaliar o papel das emoções na sociedade contemporânea. Assim, argumenta-se que a saúde mental deve ser abordada em conjunto com a justiça social, enfatizando a necessidade de transformar a realidade que molda nossas experiências emocionais.

Considerações finais

A análise das práticas psiquiátricas e da gestão emocional em São Paulo entre os anos de 1920 e 1930 revela a interseção entre ciência, política e emoções na construção social da cidade. As elites paulistas empregaram a psiquiatria para moldar percepções emocionais, impondo ideais de felicidade, beleza e superioridade, alinhando essas normas com interesses políticos, estéticos e econômicos. Nesse contexto, os psiquiatras patologizavam e medicalizavam a tristeza, diagnosticando-a como sintoma de doenças mentais e recomendando terapias de choque, como malarioterapia, piretotterapia, insulino-terapia e cardiazolterapia, que não visavam apenas tratar condições clínicas, mas também controlar e punir emoções consideradas inadequadas.

O manual *Psiquiatria clínica e forense*, de Antonio Carlos Pacheco e Silva (1951), ilustra como os diagnósticos e terapias propostos reforçavam as normas emocionais da época, legitimando intervenções médicas na vida afetiva dos indivíduos e estabelecendo um regime emocional singular. A medicalização das emoções buscava transformar aspectos humanos e interpessoais

em fenômenos puramente biológicos. Assim, a psiquiatria em São Paulo não apenas visava eliminar tristezas consideradas doentias e transgressoras, mas também perpetuava desigualdades sociais e ideais elitistas. Compreender essas dinâmicas é fundamental para reconhecer a influência histórica da psiquiatria nas experiências emocionais e para valorizar as emoções humanas em seus contextos social e político, em vez de reduzi-las a meros sintomas patológicos.

Referências bibliográficas

- ACCORSI, G.E. *Entre a moléstia e a cura: a experiência da malarioterapia pelos psiquiatras no Rio de Janeiro (1924-1956)*. 2015. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.
- 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: Editora Fiocruz, 2001. p. 137-155.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, R.; CALAZANS, R. Medicalização e terceira idade: a questão da depressão. *Psicanálise & Barroco em revista*, v. 12, n. 2, p. 62-88, dez. 2014.
- ANGEL, C.O.; AMARAL, A.J. O poder (neuro)psiquiátrico: a psicopatologização do cotidiano na era do cérebro. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, p. 1-14, 2023.
- BELLO, L.; WILLIGES, F. Ativismo emocional: contribuições para o debate acerca do significado moral e político da raiva. *Em Construção*, n. 12, p. 126-136, 2022.
- 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: Editora Unesp, 2011. p. 371-404.
- BERTUCCI, L.M. Os paulistanos e as faces do medo durante a gripe espanhola. In: MONTEIRO, Y.N.; CARNEIRO, M.L.T. (org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: FAP/Unifesp, 2012. p. 145-158.
- BIRMAN, J. A cena constituinte da psicose maniaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 345-371, 2010.
- BRASIL. Lei n. 3.071, de 1 de janeiro de 1916. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, seção 1, p. 133, 1916.
- BRUCKNER, P. *A euforia perpétua: ensaio sobre o dever da felicidade*. Rio de Janeiro: Difel, 2014.
- CAMPOS, P.F.S. “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.
- CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- CARVALHO, J.M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- CARVALHO, J.M. *A formação das almas: o imaginário da República no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- 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.
- COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- FAUSTO, B. *História do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.
- FAUSTO, B. *Crime e cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924)*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.
- FEBVRE, L. La sensibilité et l'histoire: comment reconstituer la vie affective d'atrefois? *Annales d'Histoire Sociale*, v. 3, n. 1-2, p. 5-20, 1941.
- FERREIRA, M.S. Medicalização da vida: sobre o processo de biologização da existência. *Alumni*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 26-34, 2017.
- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. Gripe espanhola [verbetes]. *Atlas histórico do Brasil*. Disponível em: <https://atlas.fgv.br/verbetes/gripe-espanhola>. Acesso em: 12 set. 2024.
- GOMES, A.C. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- HAN, B.-C. *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder, 2014.
- HENRIQUES, R.P. A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade. *Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. XII, n. 3-4, p. 793-816, 2012.
- HOOKS, B. *Comunhão: a busca das mulheres pelo amor*. São Paulo: Elefante, 2024.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MACHIN, R.; MOTA, A. Entre o particular e o geral: a constituição de uma "loucura negra" no Hospício de Juquery em São Paulo, Brasil (1898-1920). *Interface*, Botucatu, v. 23, p. 1-14, 2019.
- MATOS, M.I.S. Construindo a paulistaneidade: as representações do feminino e do masculino no discurso médico-eugênico, São Paulo (1890-1930). *História Revista*, v. 1, n. 1, p. 125-144, 1996.
- MEADE, T.A. *A brief history of Brazil*. New York: Checkmark Books. 2004.
- MOTA, A. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- MOTA, A. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1882-1920*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.
- 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.
- PADOVAN, M.C. A terapêutica da malarioterapia no Hospital de Alienados de Recife (1930-1945). *Cadernos de História*, Recife, v. 7, n. 7, p. 85-115, 2010.
- PEREIRA, L.M.F. *Reformas 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, 1995.
- PEREIRA, M.R. Presença cultural francesa no Brasil. *Travessia*, n. 65, p. 89-100, set.-dez. 2009.
- RAGO, M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar. Brasil: 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- REDDY, W. *The navigation of feeling: a framework for the history of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- RIGONATTI, S.P. História dos tratamentos biológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 5, p. 210-212, 2004.
- 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.
- SANT'ANNA, D.B. *História da beleza no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2014.

- SANTOS, F.A. A capital paulista, suas águas e seu espaço (1890-1940): diferentes ações, um sentido. *América Latina en la Historia Económica*, v. 28, n. 2, p. 1-25, 2021.
- SANTOS, M.C.; MOTA, A. *São Paulo 1932: memória, mito e identidade*. São Paulo: Alameda, 2010.
- SERRA, L.N. *Infância perdida: a concepção de "menores anormais" na obra de Pacheco e Silva*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SEVCENKO, N. *Orfeu extático na metrópole: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- SILVA, A.C.P. *Psiquiatria clínica e forense*. São Paulo: Renascença, 1951.
- SILVA, E.L.F.M. Saudades d'além mar: patologia da transplantação entre imigrantes lusitanos em São Paulo, anos de 1930. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 28., 2015, Florianópolis. *Anais [...]*, Florianópolis, 2015. Disponível em: [https://www.eeh2016.anpuh-rs.org.br/resources/anais/39/1438364371_ARQUIVO_textoANPUH\(2015\).pdf](https://www.eeh2016.anpuh-rs.org.br/resources/anais/39/1438364371_ARQUIVO_textoANPUH(2015).pdf). Acesso em: 13 set. 2024.
- 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.
- SMITH, A.D. *La identidad nacional*. Madrid: Trama Editorial, 1997.
- SZASZ, T.S. The myth of mental illness. *American Psychologist*, v. 15, p. 113-118, 1960.
- TARELOW, G.Q. Psiquiatra em convulsão: a cardiazolterapia e a introdução da eletroconvulsoterapia no Hospital de Juquery. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (org.). *História da Psiquiatria: ciências, 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.
- TARELOW, G.Q. *Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)*. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.
- TARELOW, G.Q. *Psiquiatria e política: o jaleco, a farda e o paletó de Antônio Carlos Pacheco e Silva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.
- TARELOW, G.Q. Vinho novo em odres velhos: uma análise sobre a gestão de Antonio Carlos Pacheco e Silva frente ao Hospital de Juquery. *Tempos Históricos*, v. 27, n. 1, p. 5-34, 2023.
- TOLEDO, R.P. *A capital da vertigem: uma história de São Paulo de 1900 a 1954*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.
- TRUZZI, O.; MATOS, M.I. Saudades: sensibilidades no epistolário de e/imigrantes portugueses (Portugal-Brasil, 1890-1930). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 35, n. 70, p. 257-277, 2015.
- URQUIZA, L.M.F.P. *Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência prática psiquiátrica no estado de São Paulo*. 1991. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.
- VINCENT-BUFFAULT, A. *The history of tears: sensibility and sentimentality in France*. London: The Macmillan Press, 1991.

Recebido em 05/07/24

Aceito em 06/10/24