

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA EDUCAÇÃO – FAED
GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA – BACHARELADO E LICENCIATURA

ANA TERRA DE LEON

**UM LUGAR PARA A LOUCURA: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
DURANTE O ESTADO NOVO EM SANTA CATARINA (1939-1942)**

FLORIANÓPOLIS

2015

ANA TERRA DE LEON

**UM LUGAR PARA A LOUCURA: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DURANTE O
ESTADO NOVO EM SANTA CATARINA (1939-1942)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de História, dupla habilitação, do Centro de Ciências Humanas e da Educação – FAED como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel e licenciada em História.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Viviane Trindade Borges

FLORIANÓPOLIS

2015

ANA TERRA DE LEON

**UM LUGAR PARA A LOUCURA: A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DURANTE O
ESTADO NOVO EM SANTA CATARINA (1939-1942)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de História da Universidade do Estado de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção de grau de bacharelado e licenciatura.

Banca Examinadora:

Orientadora:

Prof^ª. Dra. Viviane Trindade Borges
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro:

Prof^ª. Dra. Sandra Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

Membro:

Prof^ª. Dra. Sílvia Maria de Fávero Arend
Universidade do Estado de Santa Catarina

Florianópolis, 07 de Dezembro de 2015

Para Olívia, bisavó que não conheci, mas que motivou minha inquietação sobre o Hospital Colônia Sant'Ana desde pequena. Sempre a imagino com grandes olhos melancólicos. Por ter passado por essa instituição, dedico este trabalho a ti, onde quer que esteja.

A todos e todas que passaram pelo Hospital Colônia Sant'Ana, que suas histórias de sofrimento sempre possam ser contadas da forma mais sensível possível. É possível sentir sua tristeza em cada parede, cada pedacinho de chão. Aqui escrevo uma ínfima parte da história desse local onde, em meio a tantas vidas tristes, podemos encontrar vestígios de resistência e registros sorridentes. Por todos e todas vocês, meu comprometimento.

AGRADECIMENTOS

Se você não tem paciência para agradecimentos, pode pular essa parte – que será longa. Na minha cabeça, fiz e refiz esses agradecimentos muitas vezes. Geralmente no ônibus, no trajeto para casa, porque isso me dá bastante tempo. Pois bem, comecemos.

Primeiramente tenho que agradecer minha mãe, Marcela, pela vida e pelos mil ensinamentos. Nunca ditos. Na verdade, os conselhos eu quase nunca escuto. Refiro-me às atitudes incríveis que partem dela, como mãe, com quem sempre brigo, mas que é sempre cuidadosa, sempre pronta para dar conforto, sempre cozinhando de forma brilhante (obrigada por transmitir isso para mim), e como profissional, competente, comprometida com uma escola melhor, deixando de lado a si própria, por vezes, por acreditar piamente naquilo que faz. Obrigada por me ensinar simplesmente sendo.

A meu pai, Samuel, que me ensinou o prazer de estudar – também sem dizer nada. Ver meu pai fazendo o mestrado, ainda criança, me mostrou que estudar é, além de importante, comprometimento político e paixão. Por sua estante repleta de livros, por sua paixão por Paulo Freire, por seus livros de Foucault (que peguei pra mim), por me ensinar que posso ser qualquer coisa, desde que eu seja o que eu queira, o meu agradecimento profundo. Nascemos sob o mesmo signo, dançamos aleatoriamente, inventamos músicas engraçadas, e por essas conexões eu te agradeço.

Ao meu irmão Gabriel, minha pestinha que ainda está aprendendo a ler e que me atrapalha bastante, obrigada por me ensinar um pouco a cuidar de outra pessoa e por sempre chamar pela “Minha Ana”, quando está triste. Ao meu irmão Pedro, com quem tenho conversas profundas, mesmo que não muito frequentes. Apesar das brigas da infância e de trabalharmos em áreas completamente diferentes, és uma das pessoas mais incríveis que conheço e uma das que mais me compreende, especialmente quando do tema da loucura. Obrigada pelas reflexões. Muitas delas ajudaram a escrever este trabalho. Enfim, tu sabes, não preciso ficar me demorando.

À tia Maria Helena, ao Zé Márcio, ao Lucas, e Taís (“priminha”), que foi também uma das melhores professoras que tive, obrigada. Seus cuidados e a companhia de vocês desde a infância até hoje sempre foram muito valiosos.

À Vó Margarida, cujo dinheirinho que me deu principalmente nos primeiros dois anos de faculdade renderam muitos dos livros usados aqui e na minha vida acadêmica e cujas histórias sobre a Vó Olívia me levaram a essa história de loucuras.

À Vó Selany, onde quer que esteja, por ter sido minha vó com voz de coruja, encorajadora, que me cuidou e mimou, que plantou em mim a paixão pelo piano, que tinha as melhores histórias de colégio, que encorajava e confortava, sempre com cheirinho de sabonete. Você faz muita falta.

Às professoras Claudia, à Barbara, Mariana, Silvia Liebel, e Márcia (com quem tive a oportunidade de trabalhar num projeto literário no início da graduação, e que foi sempre uma inspiração). À Bibiana, que além de ser uma professora muito parceira, salvou o Projeto quando a nossa orientadora tirou licença. Sem você, o Cedope nada seria! Avançamos muito naquele ano, e devemos isso à tua sensibilidade e comprometimento. Ao Professor Arnaldo (saudades de você na FAED, me ensinou o valor da sala de aula com sensibilidade e bom humor), aos professores Edgar, Emerson, Rogério. Talvez vocês não saibam, mas foram de extrema importância na minha recém começada formação acadêmica.

Cabe aqui agradecer às professoras convidadas para a banca examinadora do trabalho: a professora Sandra Caponi, que, com algumas palavras em uma palestra proferida poucas semanas antes da conclusão deste trabalho foi capaz de me inspirar e fazer com que eu recobrasse o fôlego para continuar. E à professora Sílvia Arend, que, um dia antes da entrega desse trabalho, foi extremamente atenciosa e cuidadosa em me tranquilizar. Muito obrigada, professora, pela sensibilidade.

À professora Viviane Borges, orientadora desse trabalho, os agradecimentos deveriam ser eternos. E são, de certa forma, porque ao longo desses quatro anos de vínculo ao projeto – de diferentes formas –, eu não consigo me imaginar em outro caminho e não poderia estar mais feliz com meu tema. Nosso, do time Cedope, do pessoal da Penita/IDCH, enfim. Cada trabalho e pequena apresentação que faço é por todos e todas nós, pelos nossos acervos, pelos nossos sujeitos de estudo, para tentar tecer com sensibilidade essas histórias permeadas pelo sofrimento. Sinto-me parte de um grupo muito amado e querido, e isso devemos todos e todas a ti, sempre atenciosa, engraçada, divertida, compreensiva, inclinada a reuniões-cafés (viva o bolo de milho!), e sempre trazendo os alunos e as alunas para si, para perto, sempre confiando em nós e nos deixando livres para escolher nossos próprios caminhos. Obrigada por me ensinar

a lidar com as fontes, logo no primeiro semestre, quando a simpatia foi instantânea, ainda nas aulas de Iniciação à Pesquisa Histórica. És uma profissional e uma pessoa incrível. Espero ainda poder caminhar contigo por muito tempo.

Ao pessoal do IPQ/SC que possibilitou nossa entrada e o meu contato com a documentação, especialmente Eliani, sempre super disposta, dando dicas e mostrando a prática, o dia-a-dia de um Hospital Psiquiátrico. Por toda tua trajetória, meu respeito, e por toda tua ajuda, meus agradecimentos. À Vera, que sempre batalhou por nós, que sempre tentou, na medida do possível, fazer nossas manhãs no CEDOPE mais agradáveis e o acondicionamento do acervo mais apropriado. Sua preocupação com a gente e com a documentação sempre fez valer a pena os perrengues.

Aos colegas de projeto ao longo dos anos, todos e todas que passaram por lá são queridos e queridas, e preciso mencionar alguns nomes específicos: Bruna, brilhante sempre, aprendi e tenho muito ainda que aprender contigo – sempre conte comigo!; Jonas, estás no meu coração sempre, apesar das nossas diferenças e de eu ser tão cabeça dura, obrigada por ser sempre tão sensível, leitor atento, amigo querido, divertido e companheiro de Capenga – obrigada por me mostrar o Neil Gaiman; Ana Plentz, companheira de Cedope, a “Tia Boa” enquanto eu era a “Tia Má”, obrigada pela ajuda ao organizar o acervo, pelas ideias práticas, pelas comidinhas, pelo “bullying” mútuo – muito amor por ti!; à Fernanda, do time Penita, sempre prestativa, que salvou em muitos momentos e com quem partilhei angústias da escrita desse trabalho e sobre a salvaguarda do acervo; ao Baccin, pelo companheirismo nas piadas e ironias, pelas discussões e pela ajuda com o acervo do Cedope sempre que precisamos. É sempre muito leve trabalhar contigo! À Gabi, que chegou no projeto recentemente, mas com quem rapidamente tive uma identificação, obrigada pelas risadas no LabPac. Ao Rex, parceiro de projeto e de rolê, que me deu duas das HQs mais incríveis que já li.

O Murilo e a Carol precisam de um parágrafo à parte, porque são rei e rainha da minha vida e meus filhotes no curso. Muito obrigada por tudo, tudo mesmo, pelo carinho, pelas confidências, por me confortar nos momentos difíceis, por me ouvirem, pelos tarôs lidos, pelas noites de uísque e vinho (não necessariamente juntos, mas às vezes...), pelas piadas, Deusa!, não tem linhas suficientes para agradecer ao universo pela amizade de vocês. Sou muito feliz e abençoada por ter a amizade e, ainda, poder trabalhar com vocês. Estão no meu coração e levarei comigo sempre. As discussões sobre loucura, sobre marginalização, e a incapacidade de se conformar sempre nos movem, e muitas vezes vocês me mostraram caminhos a seguir nesse

trabalho, até mesmo sem querer. Carolina, obrigada pelas músicas motivacionais via *whatsapp* e pela ajuda com a leitura da legislação e formatação do trabalho. Murilo, morar contigo foi, de longe, a melhor experiência desse ano. Tu fazes muita falta na minha vida diária, “mozi”. Obrigada.

Ao Jamaika, poeta, “paradoxo de impenetráveis olhos semicerrados”, amado, amigo e parceiro de tantas insanidades, que partilhou comigo o tema da loucura, Psicodálias e que está sempre lá quando preciso. Muito obrigada pelos anos divididos. Mesmo separados, não tem como não ser grata pelo amor e pelos livros emprestados, pelos cafés e pela paciência. “É um sábio e é um louco, louco por ser sábio, sábio por permitir-se louco”. Sei que nossos caminhos serão ainda repletos de encontros e desencontros. Pelos planos, pelas poesias, pelos delírios: mil vezes, obrigada.

Aos parceiros de rolê (e de Psicodália), com quem tenho discussões ferrenhas, mas que sempre acabam em abraços e risadas, Vini, Paola (e sua mamãe Simone, coração lindo!), Íris e Kauê. Ao Gui, por ser incrível, mesmo que discorde de mim 90% do tempo, que sempre ouve atentamente minhas discussões sobre loucura e desabafos pessoais. À Mari Smânia, por ser um coala, amiga verdadeira e divertida. À Liane, por ser uma das melhores amigas, mesmo que nem sempre possamos nos ver, e por ter ajudado nos momentos mais difíceis dos últimos anos. O mesmo serve para Tai, “hermana” cidadã do mundo, e à Marcella, que sempre está lá, mesmo que eu só te veja de ano em ano. Ao Cauê, pelas músicas compartilhadas e pelas conversas. À Marina, por quem tenho um grande carinho. À Amanda, por não entender metade do que eu faço e mesmo assim continuar lá pra mim. Talvez você não se dê conta do quão importante é. Você é uma belíssima raposa. À Dani pela parceria desde o ensino médio; ao Anselmo pelas poesias compartilhadas e dramas sonhadores escutados. Ao Cleyton, por ser O Professor de História™, aquele que todo historiador e historiadora teve, inspirador, apaixonado. Pela amizade e pelas cervejas, pelos conselhos e por ser sempre fiel, muito obrigada.

Ao Seo Pacheco, à Bia, Seo João (in memoriam), Sandro e Xororó e outros companheiros de bar, Roberto, Tim, Piva, Biscoito, obrigada pelas cervejas, piadas, vivências, discussões, sinucas, doideras. Ao Edgar e Grillo, parceiros de bar e som (Os Sem Teseu um dia vingam!), à Arielle, pelas dicas acadêmicas e por confiar em mim para contar suas angústias, pela paciência com essa veterana que é chata mas que te adora, à Jéka, pelo amadrinhamento e pela grata surpresa de ter me amparado quando precisei, à Ale, madrinha querida, sensível e com quem

tive sempre ótimas conversas. À Silvana, muito querida e sensível, que me deu sempre bons conselhos, obrigada.

Aos meus irmãos de coração, Coltre e Kadu, muito amor e agradecimentos. Um foi meu parceiro de estágio, e sempre tem o conselho certo. O outro também, por um tempo, e estive nos Arquivos Marginais, também. Passamos por algumas juntas e, mesmo quando não pudemos estar lá, sempre nos encontramos, no fim. Não tenho palavras pra medir meu amor e meu cuidado por ambos. Só não fiquem folgados. Amo vocês, caras.

O universo foi muito bondoso comigo ao colocar tantas pessoas maravilhosas no meu caminho. Sei que esses agradecimentos ficaram muito extensos. No entanto, todas essas pessoas, querendo elas ou não, discutiram pelo menos um pouquinho sobre o tema deste trabalho ou temas relacionados. E todas essas discussões serviram e servem de combustível para continuar, para não desistir, e muitas delas geraram alguns dos parágrafos aqui desenvolvidos. No fim das contas, preciso lembrar-lhes que “a ordem das árvores não altera o passarinho”, portanto não hierarquize esses agradecimentos por ordem de aparecimento, porque eu só fui escrevendo de quem lembrava. Ok? Ok. Todo mundo que esteve comigo e que passou pelo meu caminho é extremamente importante – até as pessoas de quem não gosto. Porque todo mundo que passa por nós nos ensina um pouquinho. Eu acredito piamente nisso.

O mundo é tão sólido e estável quanto uma camada de espuma sob um poço sem fundo de águas escuras.

Significa que somos apenas bonecas. Que não sabemos nada sobre o que realmente acontece.

Que só nos enganamos sobre controlarmos nossas vidas, porque a uma distância menor do que a espessura do papel, coisas que nos levariam à loucura, se pensássemos nelas por muito tempo, brincam conosco.

Neil Gaiman

RESUMO

Este trabalho busca compreender as políticas de Saúde Mental durante o Estado Novo e como elas foram aplicadas em Santa Catarina a partir da criação do Hospital Colônia Sant'Ana. Trabalharemos com diferentes temporalidades e diferentes espacialidades para analisar a articulação do discurso político sobre Saúde Pública que resultou na criação dessa instituição. Inserido no processo de formação da psiquiatria brasileira, o Hospital, criado em 1941, passou a abrigar aqueles e aquelas que não correspondiam à norma vigente e que necessitavam de tratamento mental a partir das concepções da época. Para compreender como se articularam esses discursos, utilizaremos como fonte a legislação referente à saúde mental na época, especialmente o Decreto 24.559, de 1934, lei que regulamenta a Assistência aos Psicopatas no Brasil, o Plano Hospitalar Psiquiátrico, de 1941, que apresenta um panorama geral da situação da Saúde Mental no país, a Revista de Propaganda do Estado e dos Municípios de Santa Catarina, de 1939, e o Relatório de Funcionamento do Hospital em 1942. Visamos discutir os discursos inerentes à criação do Hospital Colônia Sant'Ana em 1941, bem como as práticas discursivas relacionadas ao tratamento dos pacientes mentais em Santa Catarina durante o primeiro ano de funcionamento da instituição, em 1942.

PALAVRAS-CHAVE: Loucura. Psiquiatria. Hospital Colônia. Instituição. Saúde Mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Vista aérea do Hospital Colônia Sant’Ana e seus arredores.....	63
Figura 2 – Vista geral do Hospital Colônia Sant’Ana na década de 1940.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sobre as idades dos pacientes internados em 1942	41
Tabela 2 – Dados sobre a cor dos pacientes internados em 1942	69
Tabela 3 – Dados sobre os diagnósticos dos pacientes internados em 1942	72

LISTA DE ABREVIATURAS

HCS	Hospital Colônia Sant' Ana
IPq-SC	Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
Cedope/HCS/IPq-SC	Centro de documentação e pesquisa do Hospital Colônia Sant' Ana
MESP	Ministério da Educação e de Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. CAPÍTULO I - LUGARES DA LOUCURA	26
1.2 A PSIQUIATRIA NO BRASIL: DO HOSPITAL GERAL AO HOSPITAL COLÔNIA	28
1.3 ENTRE LEIS E MINISTÉRIOS: VARGAS, ESTADO NOVO E UM PROJETO DE SAÚDE MENTAL PARA O BRASIL.....	31
1.4 O DECRETO DE 1934 E A PROTEÇÃO AOS PSICOPATAS.....	32
1.5 A PSIQUIATRIA NÃO TEM SIDO, NO BRASIL, DEVIDAMENTE TRATADA: O PLANO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO, E A SITUAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NO BRASIL EM 1941.....	39
1.6 O HOSPITAL-COLÔNIA COMO MODELO.....	44
2. CAPÍTULO II - “MAS COMO CUIDAR DO DOENTE?”: O PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL COLÔNIA SANT’ANA.....	49
2.1 IMPEDIR A PROCRIAÇÃO DE SERES DOENTES E QUE TENHAM DOENTES NA ÁRVORE GENEALÓGICA: CONTROLE SOCIAL E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA.....	50
2.2 UM MODERNO HOSPITAL COLÔNIA: O PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DO HOSPITAL COLÔNIA SANT’ANA.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata da institucionalização da loucura em Santa Catarina em 1941 e 1942, bem como dos discursos institucionais acerca da Saúde Mental no Brasil entre 1934 e 1942, que fizeram ser possível a inauguração do Hospital Colônia Sant’Ana em São José. Buscaremos compreender como o Estado procurou gerenciar a Saúde Pública e a população a partir das políticas de Assistência aos Psicopatas amparados na legislação da época e na criação de uma série de instituições que se encadeavam na tentativa de organizar e esquadriñar os comportamentos dos brasileiros e brasileiras.

Para aqueles e aquelas que vivem em Florianópolis e região, é comum ouvir falar da “Colônia Santana”. Lugar de loucos, a ideia de um hospital psiquiátrico tão próximo me fascinava e assustava, o tipo de atração repelente que apenas os socialmente desajustados conseguem exercer sobre as pessoas – seja por “doença” ou modo de vida. Eis que descobro que minha bisavó paterna foi internada naquele lugar de loucos.

Olívia – portuguesa, segundo conta a família –, estimada mãe de minha avó Margarida, sofrida esposa de meu bisavô Augusto. Nomes sem faces porque morreram muito antes de meu nascimento. Os filhos e netos de Olívia comentavam com pesar que ela morria de medo de voltar ao hospital. Eu imaginava que ela passara anos internada ou indo e vindo do hospital. No entanto, ao pesquisar a vida de minha bisavó, descobri que ela passou pouquíssimo tempo na instituição – um mês, aos 60 anos -, o que me impressionou: tão curto período foi o suficiente para traumatizá-la, o suficiente para que, segundo contam os familiares, seu marido a ameaçasse com a internação.

Seu diagnóstico? Psicose maníaco-depressiva, doença largamente atribuída a várias mulheres da época. O tratamento? Eletroconvulsoterapia, da qual os médicos lançavam mão de forma arbitrária e sem muita distinção, já que na época não havia ainda psicofármacos.

Quantas Olívias não abrigou aquele hospital? Quantas vidas transtornadas foram inundadas pelo pânico do eletrochoque? Quantos personagens loucos incompreendidos morreram sozinhos, sem chance de mostrar ao mundo outros modos de vida que não dependiam de governo, educação formal ou religião? Quantas Estamiras, Bispos do Rosário, Austregésilos¹

¹ Personagens famosos para quem estuda temas relacionados à Saúde Mental, suas trajetórias de vida muitas vezes se entrelaçam com essas instituições. Suas histórias já foram tema de filmes, trabalhos acadêmicos e colaboram para problematizar o tratamento dispensado aos sujeitos desviantes no Brasil. Sobre Estamira, há um documentário datado de 2005, dirigido por Marcos Prado. Artur Bispo do Rosário foi tema da tese de doutoramento de Viviane

espalhados pelo mundo até hoje, sem a devida assistência? E quantos mais sofrerão com o perverso sistema de saúde (mental ou não) excludente e alopático ao qual ainda hoje somos sujeitados? Sistema, na imensa maioria dos casos, frio, sem amor, sem compaixão.

Na década de 1940, época dura, de guerra, de construção da ciência psiquiátrica, tanto sofrimento institucionalizado é compreensível. Afinal de contas, mesmo os profissionais da época não compreendiam muito bem onde estavam pisando. Os contornos das doenças mentais eram ainda mais indefinidos do que são hoje em dia, e as concepções de normatividade ditavam o tratamento e mesmo a doença. Olívia era ameaçada com o internamento toda vez que contrariava o marido...

Ao nos debruçarmos sobre a história da psiquiatria brasileira, percebemos o quão recente é a institucionalização da loucura em nosso país. Datada da década de 1890, os psiquiatras, vozes autorizadas da disciplina que adquiria autonomia dentro do campo da medicina, passam a categorizar comportamentos e abranger sua influência sobre as mais variadas esferas sociais, substituindo os alienistas de outrora (ENGEL, 2001).

Durante o século XIX e início do XX, os hospitais psiquiátricos eram lugares de diagnóstico e classificação, segregação e abandono, e ali os tipos de doenças eram divididos. O médico assume o papel de produzir a doença, para então tratá-la com penas morais e físicas: a pregação, o isolamento, o trabalho forçado (MOTAZO; KIRSCHBAUM, 2003). A linha entre psicologia, psiquiatria, “neurologia” (ou sua forma primária, enquanto estudo do cérebro) e análise da moral se entrelaçam, por não estarem ainda bem definidas e, portanto, separados e classificados como os conhecemos hoje.

Isso expressa, por um lado, o parco desenvolvimento da psiquiatria e da assistência aos loucos no Brasil do século XIX, início do XX, em termos de ciência fisiológica. Por outro lado, a falta do diagnóstico ou a confusão que isso acarretava aponta para a dificuldade dos teóricos da época em obterem resultados “científicos” no século XIX. Além disso, a “psiquiatria” da época se ocupava de temas que, hoje, não habitam seu campo. Segundo Vera Portocarrero,

No concernente à prática, a psiquiatria do final do século XIX e do início do século XX ultrapassa seus próprios limites, o doente mental e o hospício, para originar novas formas assistenciais, criadas especialmente para o novo tipo de indivíduo a quem

Trindade Borges, trabalho de 2010 intitulado “Do Esquecimento ao Tombamento: a invenção de Artur Bispo do Rosário”. Por fim, Austregésilo Carrano Bueno foi o primeiro a processar um psiquiatra, no Brasil, por erro médico. Sua história de internações e indignação foi contada em seu livro “Canto dos Malditos”, que deu origem ao filme “Bicho de Sete Cabeças”, de 2001, dirigido por Laís Bodanzky.

começa a se dirigir: o desviante moral em geral, não necessariamente atingido pela doença mental, mas doente mental em potencial (PORTOCARRERO 2002, p. 108).

Inicialmente, aos loucos eram reservados três espaços: as Santas Casas de Misericórdia, a rua e as prisões. Não havia uma instituição específica que pudesse abrigar estas pessoas. Ao final do século XIX, no entanto, as perspectivas de uma psiquiatria mais atrelada ao aspecto biológico, se encaminhando para o organicismo, começa a surgir nos horizontes europeus. Os médicos do século XX por sua vez se tornam organicistas convictos, tratando os pacientes com eletroconvulsoterapia², com insulinoaterapia³, enfim, com tratamentos que induzissem a convulsões, o que demonstra a relação que acreditava a medicina ter entre corpo e mente, no auge dos estudos eugenistas.

Com o advento da psicanálise, amplamente difundida no século XX, muda novamente o paradigma. O foco vai cair sobre os problemas psíquicos e emocionais do paciente, as raízes dos seus problemas estariam na infância, nas relações que ele construiu até ali. Em contrapartida, na década de 1950, com o advento dos psicotrópicos, passa a ser possível medicar o doente mental, novamente o pensamento biológico-organicista tomando a frente do tratamento das doenças mentais, mas dessa vez encharcado com o discurso psicanalítico.

Assim, o papel do psiquiatra na sociedade da época é extremamente importante. Sua função ultrapassa os limites dos hospitais para loucos. Segundo a autora, ainda,

A psiquiatria torna clara a necessidade de que sua ação incida sobre o campo social, mostrando o perigo que as doenças sociais podem representar no processo crescente de degradação da subjetividade e da coletividade.

Os psiquiatras exigem o poder de exercer sua função de cura dentro e fora do hospício, lutando contra o pessimismo que no final do século XIX substitui a esperança de recuperar o alienado (PORTOCARRERO, 2002, p. 114).

Desta forma, as práticas assistencialistas e mesmo as políticas públicas estão permeadas por uma vontade de purificar aquela sociedade vigente. A psiquiatria, enquanto campo independente e consolidado da medicina, se estabelece no Brasil somente na segunda metade do século XIX, sendo a fundação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal datada apenas de 1907 (ENGEL, 2001).

²A eletroconvulsoterapia, ou eletrochoque, foi um tratamento psiquiátrico amplamente difundido no Brasil desde a sua criação, na década de 1930. A eletroconvulsoterapia, abreviada com ECT, consiste na passagem de correntes elétricas alternadas pelo crânio do paciente a fim de produzir uma convulsão e estimular as sinapses.

³A insulinoaterapia é uma terapia amplamente utilizada em hospitais psiquiátricos que consistia em aplicar uma dose de insulina superior àquela que o paciente necessita, no intuito de causar convulsão e coma.

Estes hospícios do século XIX, próprios da política do Império e da Primeira República, no entanto, não são parte de uma política ampla, nacional, de implementação da psiquiatria ou de hospitais psiquiátricos. Poucos estados se empenharam em criar espaços de institucionalização da loucura, como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Os outros não empenharam desde então propostas de criação de hospitais públicos capazes de cuidar especificamente de doentes mentais – ou “alienados”. Na maior parte do Brasil, os hospícios, manicômios, Hospitais Colônia, são datados do início do século XX, especialmente entre as décadas de 1920 e 1940.

Este é o caso de Santa Catarina, que recebe seu primeiro Hospital Psiquiátrico de caráter público em 1941. Durante o governo Vargas, sob sua ampla política de nacionalização, em 1938 dá-se início à construção do Hospital Colônia Sant’Ana. Localizado no município de São José, o hospital estava contemplado pela política interventora de Nereu Ramos, política esta responsável pela criação dos hospitais Colônia Santa Teresa, em São Pedro de Alcântara, para o tratamento dos portadores do Mal de Hansen, em 1940, e o Hospital Nereu Ramos, destinado ao tratamento da tuberculose e outras doenças infecciosas em 1943, em Florianópolis.

Todos estes hospitais, partes de um mesmo projeto de saúde pública para o estado, correspondiam à política varguista de higienização da cidade e de nacionalização. Para tal, tornava-se necessário criar espaços de controle, segregação e exclusão, que dessem conta da demanda da saúde e que deixassem Santa Catarina imaculada de desviantes.

O formato, Hospital Colônia, visava reduzir ao máximo os gastos do Hospital. A ideia é que ele fosse capaz de se auto gerir (COSTA, 2010). A lógica do trabalho seria um elemento fundamental no tratamento dos psicopatas, que seriam regenerados de sua doença pela lida com a produção agrícola, como forma de cura e educação para o trabalho, e também de forma a reduzir os custos do hospital frente ao Estado. A escolha do local, o distrito do Sítio do Maruí, se dá especialmente por se localizar longe das áreas urbanas e por contar com barreiras naturais que impedissem os pacientes de fugir, que separassem estes indivíduos do convívio social.

Inserido num contexto em que era necessário fazer a gestão da população, o discurso institucionalizante em que se pautará o governo varguista resultará em uma série de políticas públicas relacionadas à saúde, onde o sanitarismo ganhará força e corpo. Ressalte-se aqui a criação de uma série de cursos especializantes em Saúde Pública espalhados pelo território nacional, a criação dos Serviços Nacionais de Saúde e do Serviço Especial de Saúde Pública (FONSECA, 2007, pp. 215, 232).

O sanitarismo era uma especialidade médica que visava a higiene da população e a saúde pública, mas não da forma como entendemos hoje. Atualmente, a concepção de saúde pública passa pela democratização dos serviços de saúde, sua acessibilidade e abrangência (FILHO, 2012, p. 63)⁴. Na década de 1940, no entanto, essa especialidade médica passava pelo controle dos comportamentos e dos espaços públicos, sua higienização amparada em preceitos eugênicos de purificação da população, conforme poderemos verificar a partir da análise das fontes.

No Hospital Colônia Sant’Ana, durante 1942, primeiro ano de funcionamento, o diretor era um médico sanitarista, esse discurso de purificação fica evidente em seu primeiro relatório. Além disso, as freiras da Irmandade da Divina Providência foram designadas para empreender esse tratamento juntamente com os “práticos”, homens que eram comumente chamados de enfermeiros, muito embora não possuíssem formação acadêmica (ou qualquer formação) para tal.

Tratados, nos registros dos primeiros anos, como “psicopatas”⁵, os diagnósticos nem sempre especificados e, na maioria das vezes, genéricos, os pacientes eram entregues aos cuidados das freiras e ali ficavam, por vezes esquecidos, por vezes recebendo aqueles tratamentos que habitam o imaginário coletivo sobre loucura: remédios tomados a força, contenção mecânica, eletrochoque.

A partir da década de 1960, com o livro de Michel Foucault intitulado “História da Loucura na Idade Clássica” (1978), correspondente à sua tese de doutorado, nasce uma nova possibilidade, pelo menos no ocidente, de pesquisa em relação à loucura. Sua análise sobre os desdobramentos da institucionalização da loucura a partir do século XVIII na Europa fundamentam – ou pelo menos aparecem – na maioria dos trabalhos sobre o tema. A partir do ponto de vista de Foucault acerca da institucionalização da loucura, bem como sua noção de discurso, pretendo compreender, a partir de suas reflexões, como se deu tal processo em Santa Catarina.

Conforme mencionado, os estudos de Foucault orientarão este trabalho, especialmente seus conceitos de discurso e loucura. No livro “História da Loucura na Idade Clássica” (1978),

⁴ Apesar disso, uma rápida busca virtual acerca do sistema de saúde pública do país, o SUS (Sistema único de Saúde), indica que, na prática, a saúde pública, que se pretende abrangente, é muitas vezes excludente e pouco acessível.

⁵ Termo que denominava os pacientes psiquiátricos à época e que aparece nos livros de ocorrência e registro do acervo do CEDOPE/IPq/SC e na legislação vigente na época.

Michel Foucault buscará analisar a vontade de verdade por trás do discurso de institucionalização da loucura. “A Ordem do Discurso”, livro que reproduz aula inaugural de Foucault no Collège de France em 1970, sistematiza ideias que aparecem em outros livros⁶ sobre agenciamento de vozes nos discursos e processos pelos quais se controla e exclui os discursos. Dessa forma, pretende-se compreender como o discurso da Saúde Pública e Saúde Mental foi levado a cabo em Santa Catarina, utilizando para isso documentos de circulação interna e externa do Hospital Colônia Sant’Ana nos anos de 1939 a 1942, e documentos nacionais relacionados à Saúde Pública e à Saúde Mental que possibilitaram a implementação do HCS.

Para Foucault, as práticas discursivas constituem-se enquanto um conjunto de regras que determinam quem, quando, e o que pode ser enunciado. Essas regras são definidas espacial e temporalmente, e não necessariamente partem de um indivíduo ou instituição, mas circulam entre os sujeitos e por eles são reapropriadas de diferentes formas (BORGES, 2010, p. 17). Analisaremos as práticas discursivas institucionais, mas alguns resquícios de outras práticas aparecem, aqui e ali, muito rapidamente. Não nos aprofundamos em outros tipos de práticas, nem no agenciamento de outras vozes. É possível que isso seja feito em trabalhos futuros. Aponto, portanto, uma possibilidade de pesquisa a partir dessas mesmas fontes.

A partir das elaborações de Michel Foucault, começam a surgir, aqui e ali, timidamente, os primeiros estudos acerca da história da loucura e da psiquiatria no Brasil, também influenciados pela história social, cultural (WADI, 2013), e um pouco menos, pela micro-história. Cabe aqui mencionar os estudos desenvolvidos por profissionais da saúde interessados em traçar a história das instituições em que atuaram ou a história de sua própria profissão, prática até certo ponto comum entre profissionais da saúde⁷.

O presente trabalho dialoga com estudos ligados a institucionalização da psiquiatria no Brasil. Na historiografia brasileira, alguns estudos são cruciais para a compreensão do processo brasileiro de institucionalização da loucura, e dão o norte do presente projeto. Cabe citar aqui o estudo “Arquivos da Loucura”, de autoria de Vera Portocarrero (2002), onde, a partir do estudo do Hospital Juquery, localizado em São Paulo, a autora traça os contornos da psiquiatria brasileira do século XIX, recém inaugurada, e seus desdobramentos no século XX.

⁶ A Saber, “As Palavras e as Coisas” (1966) e “Arqueologia do Saber” (1969).

⁷Em Santa Catarina, a maioria dos trabalhos acerca da história do Hospital Colônia Sant’Ana, O Hospital psiquiátrico do Estado, por exemplo, são escritos por profissionais da psicologia e da enfermagem. Alguns exemplos são COSTA, 2012 e KOERICH, 2008.

Ainda sobre o nascimento da psiquiatria brasileira e estabelecimento dos primeiros hospícios do Brasil, cabe ressaltar as obras de Maria Clementina Pereira da Cunha (1986) e Magali Engel (2001). Ambas concentram-se nos sujeitos que habitam os espaços asilares. A primeira, autora de “Espelho do Mundo”, reflete sobre os “tipos” internados no já citado Asilo Juquery, e sobre que espaço é destinado a essas personagens e por que. A segunda escreverá “Delírios da Razão”, estudo ambientado no Rio de Janeiro do final do século XIX e início do XX, no qual Engel se debruçará sobre os espaços que começam a ser delimitados na cidade de acordo com os modelos burgueses de família, honra e saúde.

As obras de Yonissa Wadi “Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do Hospital de Alienados e Psiquiatria no Rio Grande do Sul” (1996), sua dissertação de mestrado, onde argumenta que a construção do saber psiquiátrico constituiria uma radicalização no processo de controle dos doentes mentais, e sua tese intitulada “Louca pela vida: a história de Pierina” (2002), onde através da história de Pierina, paciente internada no Hospício São Pedro, de Porto Alegre (RS) a autora pretende analisar aspectos do cotidiano do referido hospital.

Maria Clementina Pereira Cunha (1986) traça, em seu “Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo”, um dos primeiros do gênero no Brasil, a história da instituição, estuda o perfil dos internos e das internas, discorre sobre a psiquiatria da época e quais preceitos levaram à criação do Hospital. Estuda ainda o funcionamento interno da instituição.

Também é importante ressaltar o trabalho de Roberto Machado (1989) intitulado “A Danação da Norma”, onde o autor reflete acerca da medicalização da sociedade e da ampliação da medicina social, e como ela se encarregou da busca pelo controle da vida dos indivíduos, sobretudo no Rio de Janeiro, a partir do século XIX.

Cabe citar também o trabalho de Viviane Trindade Borges, “Loucos nem sempre mansos”, livro publicado em 2012 referente ao mestrado da autora (2007), que se debruçará sobre o contexto de funcionamento de um centro agrícola de reabilitação criado na década de 1970, e que, para tanto, traça o perfil da institucionalização da loucura no Brasil e na América Latina, especialmente no Rio Grande do Sul. No livro, a autora apresenta subsídios para a crítica da obra de Erving Goffman.

Ainda que trate de um período mais recente, o artigo “Um 'depósito de gente': as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na Assistência

Psiquiátrica em Santa Catarina (1970-1996)”, também da professora Viviane Borges, publicado na Revista de História, Ciência e Saúde-Manguinhos colaborou para a tessitura desse trabalho. Nele, a autora trabalha com a noção de sofrimento a partir de depoimentos de profissionais que trabalharam no HCS e analisa a instituição com relação à Reforma Psiquiátrica.

Para discutir as questões referentes ao formato hospital-colônia, nos aportaremos em Ana Teresa Venâncio (2010), que discute a diferença entre Colônia Agrícola e Hospital-Colônia. Segundo a autora, a Colônia Agrícola preocupa-se com o tratamento moral dos pacientes, e não corresponde necessariamente à medicalização tanto quanto o formato hospital-colônia. No formato Hospital-Colônia, a estrutura hospitalar é fundamental e, além da tentativa de inculcar novos valores morais no paciente, a autora identifica que a laborterapia tem funções médicas específicas que ultrapassam a moralização presente no modelo anterior.

No que tange as questões ligadas aos estudos sobre instituições totais, um autor fundamental para o tema é Erving Goffman, em seu “Manicômios, Prisões e Conventos” (1990) que discutirá o conceito de “instituição total”, que representa, em suma, instituições que visam homogeneizar determinada categoria humana para facilitar seu controle. No entanto, a ideia de “instituição total, conforme aponta Michael Iggnatieff (1987), apresenta limitações. O autor que critica a centralidade do Estado na a teoria de Goffman, e mesmo na noção de “controle social”. Viviane Borges (2012) também apresenta críticas à noção de totalidade dessas instituições, na medida em que verifica uma série de resistências por parte dos internos dentro das mesmas.

Sobre controle social, é importante ressaltar que, embora Iggnatieff encontre problemas no termo, Marcos César Alvarez (2004) ressalta que o termo precisa ser usado fora de uma “visão instrumentalista e funcionalista do controle social” (ALVAREZ, 2004, p. 170), onde o Estado assume a forma de uma máquina esquadrihadora de comportamentos que a tudo controla e de tudo sabe. O controle social precisa ser entendido de forma multidisciplinar e para além do poder político do Estado, e também enquanto prática social diluída entre os mais diversos espaços e comportamentos (AREND, 2005, p. 63).

Dentre os variados discursos gerados no seio desse controle, aparece, aliada ao sanitarismo, a eugenia e a degeneração, exploradas vastamente por Sandra Caponi (2012) em seu livro “Loucos de Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada”. A autora observa como a noção degeneração, tratamento moral e as tentativas de aperfeiçoamento da raça estão ligadas e construirão aspectos da psiquiatria que permanecerão vigentes até o tempo presente.

Para compreender a formação do pensamento psiquiátrico, além da já citada obra de Sandra Caponi (2012), nos utilizaremos do volume “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”, do autor Paulo Amarante (2007), livro que, apesar de curto, dá conta de fazer um histórico da psiquiatria desde seus primórdios, com Pinel na França, até a atualidade, no Brasil. É um livro importante que sistematiza o pensamento psiquiátrico, analisa os parâmetros de Saúde Mental nacional na atualidade e oferece uma série de questionamentos pertinentes acerca do tema.

Em Santa Catarina, alguns estudos, na área da saúde, já foram feitos acerca da história da instituição. Cabe citar aqui a tese “Hospital Colônia Sant’Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)” (2010), de autoria de Eliani Costa, trabalho que, apesar de se concentrar sobre um período posterior ao que tenciono trabalhar, explicita bem a história anterior ao processo de entrada dos enfermeiros no hospital – tema central do estudo da autora.

Outras obras na área da enfermagem dão conta de explicar a atuação profissional dos enfermeiros e das enfermeiras na instituição em contraposição com as práticas anteriores à introdução de tais profissionais no quadro de funcionários do HCS, a saber a obra de Ana Maria Espíndola Koerich (2008), intitulado “Hospital Colônia Sant’Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971)”, onde a autora buscou “historicizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no Hospital Colônia Sant’Ana (HCS) de São José/Santa Catarina, no período de 1951 a 1971, através de suas reminiscências.”

Na área de História, Arselle Fontoura, com a dissertação “Por entre luzes e sombras... Hospital Colônia Santana: (Re)significando um espaço da loucura” (1997), onde a autora busca compreender aspectos da institucionalização da loucura em Santa Catarina referente ao HCS, bem como o discurso médico inerente a tal processo.

Algumas monografias produzidas na área de História também são importantíssimas para estudar a história deste hospital. Cabe citar aqui a monografia produzida em 2001 por Jaqueline A. da Silva intitulada “Vizinhos da Loucura: a ação institucional da Colônia Santana junto à comunidade que cresceu às suas margens”, cujo objetivo principal é compreender as relações entre a comunidade do bairro Colônia Santana e a instituição de saúde psiquiátrica de mesmo nome, e como o bairro cresceu em função do hospital que o geriu ao longo dos anos.

Igualmente importante é a monografia de Catarina Lisboa do Carmo (2012) intitulada “Vozes em trânsito: um estudo sobre o agenciamento de diferentes discursos acerca da presença

das irmãs da Divina Providência no hospital Colônia Sant'ana (1941-1985)”, que nos ajuda a compreender a dinâmica dos discursos envolvendo a atividade das Freiras da Divina Providência no HCS.

Trabalho de conclusão de curso importantíssimo para o presente trabalho foi o de Bruna Viana (2013), intitulado “Entre discursos e práticas: menores e loucura no Hospital Colônia Sant'Ana (1942-1944)”, que visa compreender como os discursos médico e institucional aplicaram e definiram os padrões de (a)normalidade para crianças/adolescentes (menores) internados naquele espaço reservado a adultos desviantes. Também da autora, cabe citar sua dissertação de mestrado, defendida no ano corrente, 2015, intitulada “Um Lugar Para os Ditos Anormais: assistência psiquiátrica a crianças e jovens na primeira década do hospital colônia Sant'ana (1942-1951)”.

Os estudos da história da institucionalização da loucura em Santa Catarina são incipientes, especialmente no que se refere à historiografia. Nos últimos anos, com a ampliação do Projeto Arquivos Marginais, o número aumentou. No entanto, ainda se faz necessário que empreendamos estudos sobre o tema. Poucos são os trabalhos que abordam a história da instituição, e o número diminui se contarmos as produções efetuadas por historiadores. Nesse sentido, a pesquisa proposta se justifica principalmente pela necessidade de um estudo mais aprofundado acerca das motivações que levaram à criação do Hospital Colônia Sant'Ana (1941), o primeiro hospital psiquiátrico público do estado de Santa Catarina. Alguns indícios a respeito podem ser encontrados nos já citados trabalhos de Arselle Fontoura, Catarina do Carmo e Bruna Viana, mas nenhum destes trabalhos se dedica em si ao processo de criação e os discursos fundantes presentes na documentação e nas práticas dos primeiros anos de funcionamento do Hospital.

Além disso, os desdobramentos da criação do hospital podem ser observados até hoje: inconcluso, o ciclo da loucura no estado não se fechou, e problemas que o hospital visava sanar ainda não foram solucionados.

Em contrapartida, a própria institucionalização da loucura e suas práticas – internação compulsória, segregação, práticas de controle, tratamentos agressivos – gerou problemas que mesmo depois do Movimento da Reforma Psiquiátrica (década de 1980) e da Lei 10.206 da Reforma Psiquiátrica não encontraram solução até a atualidade. Nesse sentido, a pesquisa contribui ainda para a História do Tempo presente, na medida em que trata de questões que reverberam até hoje na sociedade catarinense em termos de cultura, em termos sociais e em

termos de políticas públicas, proporcionando a reflexão acerca do tratamento da loucura no passado e suas reverberações na atualidade.

A criação de um Centro de Documentação e Pesquisa dentro do espaço hospitalar do hoje Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina do Hospital Colônia Sant'Ana (CEDOPE/HCS/IPq-SC) em 2011 permitiu o acesso a uma variada gama de documentos acerca da história do Hospital. A presente pesquisa nasceu da inquietação causada pelo contato com estas fontes durante o trabalho por quase quatro como bolsista (entre extensão e iniciação científica) na instituição. O acervo é constituído de prontuários, livros ata de reuniões administrativas, livros de ocorrência, comunicações internas, livros de medicina e relatórios institucionais⁸.

Atualmente, o CEDOPE/HCS/IPq-SC está ligado ao Projeto Arquivos Marginais, coordenado pela Professora Doutora Viviane Trindade Borges, orientadora deste trabalho. Estar no projeto me colocou em contato com leituras variadas, acadêmicas ou não, sobre o tema da loucura e da psiquiatria, e, mais importante que isso, proporcionou um contato com a vasta documentação que, ao longo dos anos, trouxe uma série de inquietações e indignações frente ao tema da institucionalização dos sujeitos tidos como desviantes.

No final de 2013, quando comecei a pensar em temas para o presente Trabalho de Conclusão de Curso, a ideia original era trabalhar com os tratamentos designados aos pacientes da década de 1940 do Hospital Colônia Sant'Ana. A ideia do eletrochoque, ou eletroconvulsoterapia, segundo nome técnico, me intrigava muito, além, é claro, de outras práticas do hospital na época como a insulino-terapia e os choques químicos com substâncias como o cardiazol e, posteriormente, o haloperidol⁹.

A partir de conversas e discussões com outros colegas de Projeto e com a orientadora, fomos afunilando o tema e minha preocupação passou a ser muito mais o discurso institucional que permitia essas práticas do que o tratamento em si. Assim, buscamos na documentação presente no acervo aquelas que pudessem dar conta ou gerar questionamentos acerca do discurso médico e político da época. Encontramos – ou, antes, nos lembramos, porque ele já

⁸ Da participação no projeto, produzi alguns artigos publicados em eventos e um artigo de pesquisa intitulado “Separar, tratar, modernizar: o discurso de modernização presente na criação do Hospital Colônia Sant'Ana (1941-1942)”, ligado ao presente trabalho.

⁹ Substâncias injetáveis utilizadas no tratamento de pacientes mentais para provocar convulsões, mais ou menos o mesmo princípio da eletroconvulsoterapia – a de que a convulsão seria responsável por “reorganizar” o cérebro.

havia sido achado no ano anterior – o Relatório de Funcionamento de 1942, e logo que abriu suas primeiras páginas empoeiradas o fascínio foi instantâneo.

No entanto o uso da documentação não poderia ficar limitado somente a essa fonte, e, ao longo da feitura do projeto, pensamos na utilização dos prontuários. Conforme o trabalho foi tomando forma, percebemos que minha intenção tinha se modificado novamente, e optamos por concentrar nossos esforços no estudo do discurso e das práticas discursivas, mas não nas práticas não-discursivas, concentrando-nos no uso de documentação oficial do estado.

Segundo Foucault, os discursos geram práticas, discursivas ou não-discursivas, as últimas não estando expressas necessariamente no discurso proferido ou escrito (FOUCAULT, 2005). Sob esta perspectiva, pretendo comparar o discurso expresso nos relatórios oficiais com legislação vigente, buscando compreender a dinâmica discursiva proposta para o funcionamento da instituição pesquisada. Centraremos a análise no discurso institucional presente nos documentos oficiais do Estado, a partir da análise da legislação vigente, dos documentos da Direção Nacional de Saúde e do Relatório de Funcionamento do Hospital Colônia em 1942, bem como de a documentação da imprensa oficial do Estado.

Para isso, levantamos a legislação da época, notadamente o Decreto 22.599, de 1934, o Plano Hospitalar Psiquiátrico, de 1941, a Revista Oficial de Propaganda Do Estado de Santa Catarina, de 1939 e o Relatório de Funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana de 1942, redigido pelo diretor em exercício, o Dr. Agripa Faria.

Os relatórios oficiais são documentos onde o Diretor do Hospital se reporta ao interventor Nereu Ramos para prestar contas ao Estado quanto a quantias de dinheiro gastas, número de pacientes internados, práticas desenvolvidas no cotidiano do hospital, concepções acerca de psiquiatria, enfim, descrevem o funcionamento do Hospital ao mesmo tempo em que o garantem, na medida em que é por meio deste que o diretor consegue angariar recursos para manter a instituição funcionando. Desta forma, o relatório é um documento que permite-nos compreender não só as práticas do hospital, mas sua organização, os cargos delegados a cada profissional, a função de cada um naquele espaço disciplinador (BACELLAR, 2006).

A problemática desta pesquisa consiste em analisar os discursos que se encadeiam em diferentes temporalidades e espacialidades, conforme aponta Viviane Borges (2012) e que tornaram possível a criação do Hospital Colônia Sant’Ana em 1941 e que caracterizaram os primeiros anos de existência da instituição (1941-1942).

O modelo de hospital colônia é datado do século XIX: na década de quarenta do século XX, a estrutura em colônia já não era considerada “moderna”. No entanto, o discurso político de Nereu Ramos, amparado no projeto de país empenhado por Getúlio Vargas. Desta forma, me proponho a refletir: que modelo de psiquiatria é esse a que se refere o discurso da saúde mental no Brasil e em Santa Catarina que culmina na inauguração do Hospital Colônia Sant’Ana em 1941? Quais argumentos de época que faziam com que o HCS fosse pensado, na sua criação, enquanto necessidade para o tratamento da loucura?

Para isso, dividiremos o trabalho em dois capítulos. O primeiro, denominado “Lugares da Loucura”, será subdividido ainda em cinco subcapítulos. Nessa parte do trabalho buscamos compreender como Getúlio Vargas buscou consolidar uma política nacional de Saúde Pública onde a Saúde Mental configurava espaço importante nas preocupações dos sanitaristas. A partir da análise do Decreto de Saúde Mental de 1934, de número 24.599, e do Plano Hospitalar Psiquiátrico, de 1941, procuramos entender como se desenharam os discursos empreendidos pela Divisão de Saúde Mental e pela Assistência aos Psicopatas no âmbito nacional.

No primeiro subcapítulo, “A Psiquiatria no Brasil: do Hospital Geral ao Hospital-Colônia”, analisamos como a psiquiatria se instaurou no país; a seguir, em “Entre Leis e Ministérios: Vargas, Estado Novo e um projeto de Saúde Mental para o Brasil”, tentamos compreender como se articularam as instituições de saúde no governo Vargas. “O Decreto de 1934 e a Proteção aos Psicopatas”, trata do Decreto 24.559, de 1934. Depois, “A Psiquiatria não tem sido, no Brasil, devidamente tratada: o Plano Hospitalar Psiquiátrico, e a situação da institucionalização da loucura no Brasil em 1941” buscou analisar o Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1941, estudo do Ministério da Educação e da Saúde Pública. O quinto subcapítulo, “O Hospital-Colônia como modelo”, discute a diferença entre o modelo de Colônia Agrícola e o Hospital-Colônia e a escolha deste último como parâmetro nacional em Saúde Mental.

O segundo capítulo, intitulado “Mas como cuidar do doente?: o primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana”, trataremos das políticas em Santa Catarina e como elas se desenrolaram até o primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana. Para isso, dividimo-lo em duas partes.

A primeira, “Impedir a procriação de seres doentes e que tenham doentes na árvore genealógica: controle social na institucionalização da loucura” sobre a forma como o controle social circulou e se desenvolveu a partir do discurso institucional de gestão da população a

partir dos preceitos do Estado Novo. Nesse momento utilizaremos a análise da Revista de Propaganda do Estado e dos Municípios de Santa Catarina, de 1939, aliadas ao Relatório de Funcionamento do Hospital, da legislação já analisada no primeiro capítulo, bem como do Plano Hospitalar Psiquiátrico. Essas fontes também serão articuladas e analisadas na segunda parte do capítulo, “Um moderno Hospital-Colônia: o primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana”, onde buscamos tecer considerações sobre quais eram as intenções e os principais projetos da Assistência aos Psicopatas em Santa Catarina, traçando um breve perfil da instituição no primeiro ano de funcionamento efetivo, 1942.

Todos esses processos estão inseridos na formação da psiquiatria brasileira reverberada até a década de 1940, permeando as políticas públicas de então e resultando na criação de vários hospitais públicos destinados aos alienados, psicopatas, desviantes, aqueles que deveriam ser tirados do âmbito público e reclusos ao tratamento compulsório. O presente projeto visa discutir os discursos inerentes à criação do Hospital Colônia Sant’Ana em 1941, bem como as práticas discursivas relacionadas ao tratamento dos desviantes em Santa Catarina em 1942.

1 Capítulo I – Lugares da Loucura

O presente capítulo pretende analisar a política nacional criada pelo governo Getúlio Vargas para assistência das pessoas em sofrimento mental que possibilitou a criação do Hospital Colônia Sant’Ana em Santa Catarina na década de 1940, compreendendo como essa instituição se encaixa no projeto de amparo psiquiátrico instituído pelo Estado Novo no Brasil, e os modelos e concepções de doença e de saúde mental da época

Santa Catarina contava apenas com duas instituições para doentes mentais¹⁰ antes de 1941: o Hospício Oscar Schneider, em Joinville, instituição municipal, e o Asilo Azambuja, em Brusque, particular, criados entre 1903 e o início da década de 1920. Não era objetivo dessas instituições atender à demanda do estado inteiro: uma delas era de caráter público, a outra privada, mas ambas ligadas à Saúde Pública do Estado, conforme o Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1941, recebiam subsídios estaduais e municipais, apenas, e não faziam parte de uma política de saúde mental federal.

Em 1941 o Brasil passava por um momento político conhecido como Estado Novo. O presidente, Getúlio Vargas, que havia subido à presidência da República por meio da chamada Revolução de 1930 e que fizera um governo voltado às massas, aos trabalhadores e trabalhadoras, às camadas pobres da população, em 1937 dava mais um golpe e permanecia no poder, agora com um governo muito mais autoritário e nacionalista.

O Vargas do Estado Novo possuía planos de criação de uma nação brasileira forte, que ultrapassasse os moldes da República Velha e que tivesse um atendimento sistematizado e em nível federal do que hoje conhecemos por direitos básicos – saúde, segurança, educação. Essa nação precisava ser forte, bela e livre de máculas e degenerações. Para isso, fazia-se necessária a criação de uma série de instituições de controle que pudessem corrigir as falhas do país e que pudessem fazer a gestão da população.¹¹

O manicômio, o abrigo de menores, o asilo para leprosos, a prisão: uma cadeia institucionalizante e de controle social precisava ser criada para que o Brasil pudesse entrar nos

¹⁰ O termo atualmente utilizado para se referir à parcela da população com diagnóstico de doença de ordem mental/psiquiátrica é “pessoa em sofrimento psíquico”. Os outros termos utilizados nesse trabalho se referem à época em que estão inseridos.

¹¹ A esse respeito ver “Filhos de Criação: uma história dos menores abandonados no Brasil (década de 1930)” de Sílvia Maria de Fávero Arend, “A Invenção do Trabalhismo”, de Ângela de Castro Gomes, “Trabalhadores do Brasil: o imaginário popular (1930-1945)”, de Jorge Ferreira e “Saúde no Governo Vargas (1930 – 1945): dualidade institucional de um bem público”, de Cristina M. Oliveira Fonseca.

eixos e corresponder à ordem necessária à modernização e ao progresso desejado. Nessa teia de concreto frio é onde vão se engendrar loucos, bêbados, prostitutas, indigentes, crianças abandonadas, infratores e toda uma sorte de indivíduos que, desajustados, precisavam ser reeducados – e para isso, muitas vezes, separados do convívio social.

Todas essas instituições se voltavam para a disciplinarização pelo trabalho, e buscavam gestar o povo a partir da moral trabalhista. Mas o controle social não se dava apenas pelo meio institucional, ultrapassava-o, na medida em que a população assimilava ou mesmo rejeitava o discurso político vigente. Assim, constituía-se uma rede de mecanismos de controle que não partiam unicamente do poder hierarquicamente composto, mas que circulava entre os indivíduos.

O presente capítulo pretende analisar como se articulou a política de Saúde Mental do Estado Novo, para isso recuando um pouco e buscando compreender como se estruturaram as políticas de Saúde Mental no Brasil até a Era Vargas e como se configuraram as colônias e os hospitais-colônia no Brasil. Para isso, o capítulo será subdividido em cinco subcapítulos.

O primeiro, intitulado “A Psiquiatria no Brasil: do Hospital Geral ao Hospital-Colônia”, onde faremos um breve histórico da psiquiatria e como ela se inseriu no Brasil; o segundo, “Entre Leis e Ministérios: Vargas, Estado Novo e um projeto de Saúde Mental para o Brasil”, em que buscamos articular as instituições criadas no Estado Novo que buscavam lidar com o paciente mental. O terceiro, “O Decreto de 1934 e a Proteção aos Psicopatas”, partindo da análise do Decreto 24.559, de 1934, que ficou em vigor durante o período de inauguração e o primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana. No quarto subcapítulo, intitulado “A Psiquiatria não tem sido, no Brasil, devidamente tratada”: o Plano Hospitalar Psiquiátrico, e a situação da institucionalização da loucura no Brasil em 1941” que trata do Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1941, que oferece um panorama geral da Saúde Mental brasileira da época e aponta as diretrizes que o Estado pretendia adotar para regulamentar a institucionalização da loucura¹². Por fim, em “O Hospital-Colônia como modelo”, quinto subcapítulo, trata da escolha do modelo hospital-colônia e da forma como se organiza, bem como da diferença entre Colônia Agrícola e o modelo escolhido para Santa Catarina e o resto do Brasil.

¹² Trata-se de analisar os discursos vigentes, as práticas discursivas, mas não necessariamente as práticas não discursivas, já que essa documentação nos permite ver apenas o discurso institucional acerca dessa política, mas não permite vislumbrar a forma como foram implementadas.

Trataremos aqui, portanto, de diferentes temporalidades e diferentes espacialidades (BORGES, 2012, p. 46), onde, numa perspectiva que entende que não apenas a inauguração e o primeiro ano de funcionamento do hospital, mas sim toda a articulação legal e institucional anterior para tentar compreender as condições de possibilidade que permitiram a criação de um hospício em Santa Catarina na década de 1940.

1.2 A Psiquiatria no Brasil: do Hospital Geral ao Hospital-Colônia

A ciência que hoje conhecemos como psiquiatria nem sempre foi chamada assim. No século XIX, com Philippe Pinel, na França, surge a ideia de alienismo, que tentava dar conta das demandas que os degenerados representavam para o estado revolucionário após a queda do absolutismo (FOUCAULT, 1978, p.80). Por que precisamos voltar a Pinel para compreender a Colônia Sant’Ana, na década de 1940, no Brasil? Porque suas concepções do que hoje chamamos de Saúde Mental modificaram a forma como o ocidente vê este campo.

Frequentemente chamado de “pai da psiquiatria”, Pinel modificou não só o tratamento destinado ao louco, mas também a medicina francesa da época. Modificando a estrutura do Hospital Geral, introduzindo o tratamento moral e a figura do médico no hospital. Segundo Paulo Amarante, esse processo pode ser chamado de medicalização do hospital e tem uma dupla função – de um lado, o hospital vira a principal instituição médica; de outro, a medicina acaba dominando o hospital, e, portanto, a forma como a sociedade vê a saúde, que vira um saber exclusivo do médico, que pode institucionalizar aquele e aquela que precisar se reestabelecer das enfermidades (AMARANTE, 2007, pp.25-26). Assim, o hospital vira a um só tempo espaço de exame, de diagnóstico, de tratamento e de pesquisa e reprodução do saber médico.

É importante fazer essa discussão porque a psiquiatria, enquanto campo da medicina, também estabelecerá essa relação com o novo modelo biomédico hospitalar que se estava instaurando, onde a doença é muito mais visada que o indivíduo que a tem. E por que Philippe Pinel tem relevância nisso? Porque além de ser indicado como o fundador psiquiátrico, alguns autores o apontam como o fundador da clínica médica moderna¹³.

O primeiro passo para o tratamento seria o isolamento na instituição, para que a alienação fosse conhecida e estudada em seu estado puro. Depois, esse corpo precisaria ser disciplinarizado, e ele o seria por meio da rotina, das regras, dos horários. Era o chamado

¹³ A esse respeito, ver “Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico”, de Paul Bercherie, lançado no Brasil pela Editora Zahar.

“tratamento moral”, e o hospital se tornava, ele próprio, uma prática terapêutica. O hospício tinha, portanto, função educadora. No entanto essas instituições logo começaram a ter problemas de superpopulação, perdendo credibilidade.

Para Paulo Amarante (2007), a primeira forma que a psiquiatria buscou para recuperar sua legitimidade foi o Hospital Colônia. No caso brasileiro, as primeiras colônias foram criadas logo com a virada da Primeira República. Mas foi na gestão Adauto Botelho, entre as décadas de 1940 e 1950 (VENÂNCIO, 2002), que as colônias explodiram no país todo, o que só foi possível a partir do decreto 24. 559, de 1934, que implementava um plano de saúde mental nacional.

Antes disso, as primeiras instituições destinadas ao atendimento aos loucos no Brasil são datadas de meados do século XIX. Exemplos como Hospício Dom Pedro II, de 1852, o Hospício de Alienados de Recife-Olinda, de 1864, e o Hospício São Pedro, no Rio Grande do Sul, de 1884, criados ainda durante o Império, e, posteriormente, Asilos e Hospitais como o Hospital Psiquiátrico Juquery, de São Paulo, com inauguração datada de 1898, o Barbacena, em Minas Gerais, datado de 1903, o Hospital Colônia Juliano Moreira, também no Rio de Janeiro, de 1924, ainda na Primeira República. Em termos legais, o que talvez seja a primeira tentativa de dar ao louco uma instituição se deu em 1841, com o Decreto nº 82, onde foi declarada a fundação do Hospital Pedro Segundo, destinado aos alienados, que, conforme o texto original, deveria ficar anexado à Santa Casa de Misericórdia da Corte¹⁴. Durante o século XIX até tal decreto os alienados tinham como espaço destinado, quando da perturbação da ordem, às Santas Casas de Misericórdia, delegacias e prisões (ENGEL, 2001).

A assinatura do decreto 82 inaugurava, portanto, uma nova possibilidade em termos de tratamento, e não mais de simples contenção dos considerados mentalmente inaptos durante o Império. A partir de então, foram criados dez estabelecimentos destinados a atender e tratar os alienados durante o período imperial.¹⁵ Mas a legislação não fazia menção à criação de um plano nacional de assistência aos alienados, termo legal da época para se referir às pessoas em sofrimento psíquico, e nem a prática hospitalar estava circunscrita ao campo da medicina

¹⁴ Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>>.

¹⁵ Segundo tabela com a relação dos primeiros vinte hospícios brasileiros encontrada no artigo “História da Psiquiatria: a loucura e os legisladores”, de Walmor Piccinini e Ana Maria G.R. Roda. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>>.

propriamente dita, em que pese a presença de organizações religiosas e do tratamento moral dispensado aos indivíduos institucionalizados (PICININI; RODA. 2006).

Mesmo assim, agora a psiquiatria passaria gradativamente a ganhar contornos mais explícitos e a invadir outros âmbitos, fazendo do Hospital local não só de tratamento e diagnóstico, mas de classificação e laboratório. Para Magali Engel (2001), a psiquiatria passou a exercer influência em cada vez mais camadas da sociedade, atingindo mesmo pessoas que não tinham relação direta com Hospitais, psiquiatras ou doentes. Comportamentos foram, pouco a pouco, classificados, diagnosticados e medicalizados. A partir da inauguração do Hospital Dom Pedro II em 1852, houve uma mudança na relação da sociedade com o louco, agora ele experienciava sua retirada do convívio social para consecutivo tratamento.

Segundo Sandra Caponi (2012), foi justamente na segunda metade do século XIX que começou a se articular um novo modo de entender as doenças mentais, “já não relacionado exclusivamente a delírios, alucinações, atos violentos ou paixões irrefreáveis (...). Esse deslocamento permite classificar um conjunto cada vez mais amplo de condutas e comportamentos cotidianos como patologias psíquicas que demandam intervenções terapêuticas” (CAPONI, 2012, p.19).

A psiquiatria lidava não apenas com patologias mas também (e talvez principalmente) com comportamentos. Aquele que joga, aquela que se prostitui, aquele agencia a prostituta, o criminoso, o causador da desordem: todos esses deveriam ser combatidos e a justiça perdia sua exclusividade para com estes indivíduos e passava a dividir espaço com a psiquiatria, e por ela era influenciada (CUNHA, 1986, p.25).

Acerca dos profissionais encarregados do tratamento psiquiátrico, era comum que não houvesse psiquiatras nos hospitais, até mesmo posteriormente, na Era Vargas, em que muitos sanitaristas¹⁶ ficavam encarregados dos pacientes mentais. No caso específico do Hospital Colônia Sant’Ana, o diretor em exercício durante a primeira década de existência da instituição era um sanitarista, o Dr. Agripa Faria. Além disso, a psiquiatria no Brasil era ciência recente¹⁷, e o sanitarismo casava com os ideais e com a política de saúde mental vigente, na medida em que buscava gestar a população por meio de medidas de saúde pública ancoradas especialmente

¹⁶ Os médicos sanitaristas tinham especialização em Saúde Pública e foram muito importantes no projeto de saúde do governo de Getúlio Vargas.

¹⁷ As primeiras faculdades de medicina do Brasil foram criadas em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro, respectivamente. As primeiras cátedras de psiquiatria do Brasil, no entanto, só são criadas em 1884, nas mesmas instituições.

na institucionalização. Essa prática estava ligada a questões expressas na legislação de 1934, que analisaremos com mais vagar abaixo.

Os mesmos traços estabelecidos ao longo do século XIX permaneceriam indesejáveis no século XX e seriam passíveis de internação da mesma forma – ou talvez até uma gama mais variada de comportamentos tenha sido categorizada, já que a psiquiatria se encarregou de diagnosticar e classificar como doença cada vez mais comportamentos, tendência que verificamos até hoje (CAPONI, 2012, p.20), esse saber médico que atualmente transborda as instituições de saúde e que invade nossas vidas, nossas vivências e hábitos e que dita comportamentos normais ou não. Veremos que, na década de 1940, padrões similares eram considerados característica dos psicopatas, ainda que motivados por outras concepções de psiquiatria. Reverberações do passado no tempo presente.

1.3 Entre Leis e Ministérios: Vargas, Estado Novo e um projeto de saúde mental para o Brasil

Esses traços da psiquiatria do período imperial permaneceram presentes quando virou a República em 1898. Depois do Decreto nº 82, uma série de leis foram decretadas com vistas à assistência aos alienados. Em 1927 foi decretado um texto¹⁸ que se encarregava de um projeto nacional de amparo aos psicopatas¹⁹, a partir de deliberações da Liga Brasileira de Higiene Mental²⁰, criada, por sua vez, em 1923. Esse decreto criava a Assistência a Psicopatas no Brasil e dispunha sobre como o Estado deveria lidar com os pacientes mentais, em que instituições deveria mantê-los, de que forma, dentre outras atribuições.

Porém, em decorrência do golpe de 1930, esse decreto foi substituído pelo de número 24.559, de 1934, que propunha tratamento e proteção legal aos psicopatas, assim como aos egressos de estabelecimentos psiquiátricos, além de “concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial”²¹. Sob esses auspícios, quando da virada para o Estado Novo em 1937, Getúlio Vargas e seus interventores tinham por intenção levar a cabo a criação de uma rede nacional de Hospitais Psiquiátricos.

¹⁸ Decreto nº 17.805, de maio de 1927, dispõe sobre o regulamento da Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal. Disponível em < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

¹⁹ Termo legal e de uso corrente da medicina na época.

²⁰ Entidade civil que recebia subsídios federais composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros que deveria deliberar e regulamentar os preceitos de saúde mental do país.

²¹ Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>.

Destacam-se nesse sentido a criação do MTIC (Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio) e do MESP (Ministério da Educação e da Saúde Pública, que já foi mencionado acima), a um mesmo tempo produtos e veículos dessa ideologia nacionalizante (FONSECA, 2007, p. 26). Este último teve como uma das preocupações centrais o atendimento às populações do interior do país. Segundo o site do CPDOC, as primeiras campanhas nacionais de saúde criadas pelo MESP se deram em 1937, com o Serviço Nacional de Febre Amarela, seguido pela criação do Serviço de Malária do Nordeste, em 1939.²² Todas essas políticas passavam pelo controle social e pela gestão da população.

Para Cristina M. Oliveira Fonseca (2007), essa política social não se preocupou apenas com a criação de “mecanismos direcionados para a redução da desigualdade”, mas também uma rede ramificada de serviços de saúde que estavam ligados aos problemas específicos das diversas regiões do país, o que já pudemos verificar a partir do atendimento aos pacientes da Febre Amarela e da Malária de 1937 e 1939, respectivamente. Essa estratificação “conduziu a normas de inclusão diferentes no interior das instituições de saúde. (...) Tal configuração conduziu a diferentes políticas sociais de saúde que, por sua vez, geraram padrões de inclusão também distintos” (p.27).

O Estado Novo, a partir da nova constituição, fazia necessário “assegurar à Nação a sua unidade, o respeito à sua honra e à sua independência, e ao povo brasileiro, sob um regime de paz política e social, as condições necessárias à sua segurança, ao seu bem-estar e à sua prosperidade”²³. Embora essas políticas tenham começado antes, o Estado Novo dará conta de leva-las a cabo, como veremos a seguir com o Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1941.

1.4 O Decreto de 1934 e a Proteção aos Psicopatas

Analisaremos aqui questões pontuais do Decreto, a saber: a forma legal de tratar o psicopata, quais espaços a eles reservados e como funcionavam, quais instituições regulamentariam as práticas instituídas na lei, quais os profissionais habilitados para atuar frente aos psicopatas, como a lei encara o convívio familiar, que outras categorias poderiam ser isoladas nos Hospitais Psiquiátricos, o caráter moralizante da lei e a questão da incapacidade jurídica.

²² A esse respeito, ver “Anos de Incerteza (1930 - 1937): Ministério da Educação”, FGV/CPDOC. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas/anos30-37/IntelectuaisEstado/MinisterioEducacao/>>.

²³ Preâmbulo da Constituição de 1937, disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm>.

O Decreto de 1934 instituía um Conselho de Proteção aos Psicopatas, presidido pelo Ministro da Educação e da Saúde Pública, órgão criado em 1930. Apesar desse discurso homogêneo de institucionalização, é preciso assinalar que a forma como essa política será executada ao longo do território brasileiro não será uniforme (FONSECA, 2007, p. 28). Para Angela de Castro Gomes, devemos tomar cuidado quanto a caracterizar um Estado Novo imbuído de uma ideologia oficial compacta, “ao contrário, o que se verifica é a presença de variações significativas que traduzem um certo ecletismo em suas propostas, o que não impede que se encontre em seu seio um conjunto de ideias central, capaz de caracterizar um determinado projeto político” (GOMES, 1988, pp. 205-206).

Para a autora, já na chamada Revolução de 1930 Getúlio Vargas se colocara como uma possibilidade para o fim do perigo da “anarquia” que se instaurava na Primeira República, experiência liberal frustrada que precisava urgentemente de correção. A começar pela identificação do brasileiro com sua terra, passando pelas questões sociais e a partir da criação de uma série de aparatos legais e institucionais que dessem conta dos serviços necessários para que esse projeto se concretizasse. Era nessa concepção de nacionalidade que a Revolução pretendia se estabelecer e legitimar, ao propor unir elite e massas, voltando-se para o povo, “suas manifestações e aspirações” (GOMES, 1988, pp.209-211).

O decreto 24.599, de 1934, expressava essa preocupação com o caráter social (COLLCCI, 2009, p. 3) do governo no que toca a assistência aos indivíduos em sofrimento mental, na época tratados legalmente pelo termo “psicopata”²⁴. Determinava que os pacientes mentais deveriam ficar restritos aos hospitais especificamente destinados ao tratamento dos psicopatas, não podendo ser internados em Hospitais Gerais, salvo quando da existência de alas específicas para estes pacientes. Mas o projeto deveria dar conta da demanda dos pacientes ao redor do território nacional, embora não tenha sido autorizada de imediato a construção de qualquer tipo de rede hospitalar. Somente em 1941 teremos propostas mais concretas nesse sentido, mas por ora nos manteremos na análise da legislação.

O preâmbulo do decreto nos permite compreender a abrangência do mesmo, na medida em que ele dava conta da assistência, da profilaxia e da proteção ao psicopata, instituindo a fiscalização dos serviços psiquiátricos. A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental tinha por

²⁴ Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>.

objetivos proporcionar amparo médico e legal ao psicopata, promover a profilaxia das doenças mentais e promover a higiene psíquica da população brasileira.

O artigo 2º instituí a criação de um Conselho de Proteção aos Psicopatas, que deveria não apenas dar conta de questões relacionadas aos loucos, mas também os órfãos, os menores e criminosos. Esse conselho seria formado por, dentre outros profissionais, psiquiatras, professores catedráticos da Universidade do Rio de Janeiro em psiquiatria e áreas relacionadas – note-se aqui a presença dos sanitaristas –, advogados, chefes de polícia, donos de estabelecimentos psiquiátricos privados e toda uma outra sorte de homens que se relacionassem de alguma forma com a profilaxia mental.

§ 2º Ao Conselho incumbirá:

I - Estudar os problemas sociais relacionados com proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Governo as medidas que devam ser tomadas para benefício destes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido.

II - Auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais.

O Conselho seria responsável, portanto, em “diagnosticar” os problemas sociais gerados pela psicopatia e criar aparatos clínicos, legais e educativos que resolvessem tais problemas, especialmente a partir da propaganda. Essa proteção aos psicopatas deveria corresponder aos “modernos preceitos de psiquiatria e da medicina social”, conforme mencionado no artigo 3º, e para isso os psicopatas deveriam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Esses estabelecimentos psiquiátricos ou mesmo as alas psiquiátricas de hospitais gerais deveriam ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados e ter em seus quadros de funcionários que possuíssem perfis morais e profissionais moralmente adequados, não só para serviços clínicos como administrativos, e os médicos deveriam fazer plantão permanente. Porém, como pode ser visto no artigo 5º, essa questão profissional fica extremamente nebulosa.

Art. 5º É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

A partir desse artigo, portanto, nem todo diretor ou profissional dos Hospitais brasileiros seriam psiquiatras – e isso permaneceria até muitos anos depois, porque essa lei ficou em vigor até 1989. No caso de Santa Catarina o diretor era um sanitarista, profissional extremamente importante na construção da psiquiatria brasileira.

Quando nos referimos ao sanitarismo dessa época, estamos nos referindo também a um projeto nacional de Saúde Pública, formação que começava a ganhar forma e força. Esse projeto, que procurava consolidar uma estrutura institucional e construir uma rede de hospitais ao redor do país, precisava também de profissionais capacitados para atuar nesses espaços destinados à saúde. Aqui surge – ou antes se fortalece – a figura do sanitarista, cujas atribuições eram desenhadas a partir do setor em que trabalhasse (FONSECA, 2007, p.246).

A formação dessa “elite técnica essencial aos objetivos de uma política pública” (FONSECA, 2007, p. 247), a criação do campo da saúde pública como possibilidade de área de atuação para a medicina e a burocratização dos serviços de saúde somados aos elementos anteriormente citados – criação de órgãos nacionais, autonomia dos estados e municípios para orientar a população de acordo com suas especificidades, construção de instituições: tudo isso operou para criar uma rede que pudesse gestar a população (AREND, 2005, p. 108) classificar os corpos e comportamentos de acordo com o projeto de nacionalização característico do Estado Novo (GOMES, 1988, p. 209).

Fica expressa na legislação a separação dos pacientes por sexo, por tipo de diagnóstico e pela possibilidade de viver e trabalhar ao ar livre. Os prédios deveriam se adequar a essas regras, e dispor de recursos técnicos e de tratamento convenientes aos pacientes.

A necessidade de isolar o louco, apontada anteriormente, fica expressa portanto na legislação pela estruturação de uma série de especificações acerca dos estabelecimentos destinados a essas pessoas e na vontade de regular a vida privada não só do paciente mas dos seus familiares e outras pessoas de seu convívio, a partir dos artigos 3º e 10º, por exemplo.

A lei delibera sobre o fato de psicopatas poderem ficar livremente no convívio familiar, determinando que só poderá permanecer entre seus familiares o doente que tiver “os necessários cuidados” ministrados. Mesmo assim, limita o número de pacientes que podem conviver no mesmo domicílio no parágrafo quatro do artigo 3º, que expressa não ser permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10º. Segundo esse último artigo, mesmo observadas as condições anteriores, se o paciente for considerado perigoso para si mesmo ou para os familiares, será recolhido a Hospital Psiquiátrico para receber o devido tratamento.

Os hospitais públicos poderiam ser de regime aberto, fechado ou misto, e poderiam receber “psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais”, conforme expresso no artigo 7º. O primeiro parágrafo mesmo artigo delibera:

b) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;

Alguns pacientes específicos deveriam ficar estritamente sob regime fechado, mesmo que estivessem internados em estabelecimentos mistos.

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá:

a) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam permanecer em serviços abertos;

b) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.

Portanto, não apenas psicopatas seriam atendidos pelo Estado, mas também os dependentes químicos de qualquer ordem e os indigentes que, fosse constatado, precisassem de amparo. Até o presente momento, fica a legislação restrita a padrões médicos. No entanto, no item seguinte fica expresso que “os indivíduos suspeitos de doença mental que ameacem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização”.

A partir daí percebemos que a lei não tem apenas contornos médicos ou judiciais – também deliberava sobre a moral e os costumes dos cidadãos brasileiros, e no item seguinte explicita que o Judiciário pode determinar a internação de qualquer indivíduo que estiver sob suspeita de “incapacidade civil”. Portanto, mesmo que por preceitos diferentes dos do século XIX, a avaliação moral dos indivíduos será realizada e empreendida no campo psiquiátrico (BORGES, 2012, p. 54), aliado ao campo jurídico e sob a proteção da lei.

Art. 16. Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

A lei instituía ainda as práticas do dia-a-dia hospitalar: como registrar o paciente, os dados e documentos necessários à internação, os registros diários de observação do paciente, a progressão do tratamento e as formas de internação e quem pode interna-lo. A ordem da internação poderia partir do judiciário ou de autoridade policial, a pedido do próprio paciente

ou familiar até quarto grau. A questão da internação voluntária, no entanto, parece ficar em segundo plano na legislação, exclusividade de hospitais e instituições de regime aberto. No caso dos manicômios judiciários²⁵ a internação se daria apenas a partir de determinação judiciária.

No entanto, o artigo 14 deixava brechas:

Nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública²⁶, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

Ou seja, qualquer cidadão suspeito de psicopatia que fosse assim atestado por médico com formação nos conformes da lei poderia ser internado. Mesmo que o terceiro parágrafo do artigo 7º incorra sobre a suspeita de doença mental: “(...) Casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em seções próprias²⁷, antes da internação definitiva”.

Mesmo que o decreto incorra o tempo todo sobre a concordância do paciente com a internação, como por exemplo o expresso no primeiro parágrafo do mesmo artigo, o fato de o artigo 14 inferir sobre os casos de urgência passíveis de internação apenas com o atestado de um médico criava facilidades na internação daqueles que tinham comportamentos indesejáveis. A condição de especialista conferia ao médico autoridade de isolar ou não uma pessoa considerada louca²⁸ (CUNHA, 1986, p. 21).

O cancelamento da internação poderia ser feito. Se o internante, se parentes de até quarto grau ou o curador ou tutor de bens do paciente assim desejasse e não houvesse perigo para a ordem pública, o psicopata poderia sair da instituição, desde que assinasse um termo de responsabilidade de que se comprometeria com o tratamento e que estava ciente de que estava

²⁵ O manicômio judiciário era uma instituição destinada às pessoas que, diagnosticadas com alguma doença mental, cometiam crimes. A esse respeito, ver o artigo “Arquivos Marginais: Crime e Loucura em Santa Catarina (1930 – 1970)”, publicado nos Anais do XXVII Simpósio Nacional de História, 2013, de Viviane Trindade Borges, em que a autora estabelece as relações presentes entre crime e loucura a partir de pesquisa realizada frente ao projeto homônimo que ela desenvolve na Universidade do Estado de Santa Catarina atualmente.

²⁶ A Medida de Segurança Pública advém da necessidade de prevenir o delito. Ou seja, tem caráter preventivo e seria acionada quando um indivíduo oferecesse risco para si ou para outrem. A esse respeito, ler “As medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro”, por Carlos Oliveira, disponível em: <http://ccesoliveira.jusbrasil.com.br/artigos/260648130/as-medidas-de-seguranca-no-ordenamento-juridico-brasileiro>. Segundo Viviane Borges, “medidas de segurança são destinadas àqueles que praticam crimes e que, por serem portadores de transtorno mental, não podem ser considerados responsáveis pelos seus atos e, portanto, devem ser tratados e não punidos” (BORGES, 2014, p. 15).

²⁷ Não fica explícito que tipo de seção seria essa, se uma ala de hospital geral, se uma instituição psiquiátrica.

²⁸ Em 6 de abril de 2001, com a lei 10.216, o tratamento legal ao indivíduo em sofrimento psíquico foi modificado com a lei da Reforma Psiquiátrica. Infelizmente, a noção de incapacidade jurídica ainda não foi totalmente superada, e a extinção dos Hospitais em dez anos que estava prevista na lei não foi alcançada. Ainda assim, é uma importante conquista para a Saúde Mental. Trabalhos como este buscam problematizar os lugares da loucura na história brasileira para questionar discursos e práticas, apontando rumos possíveis para o tratamento, a proteção e o acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico.

interrompendo o mesmo. No caso de divergências, a Comissão deveria deliberar e decidir acerca da retirada ou não do paciente.

Mesmo com esse artigo, a lei confere maior autoridade ao diretor da instituição. Se ele considerasse que a alta não era justificável, poderia conceder apenas uma licença de seis meses, que tinha, no entanto, função terapêutica. E sobre essa função terapêutica, podemos nos demorar um pouco mais. Essa legislação e os hospitais que surgiram em seu bojo estão empreendendo um discurso de reintegração social. O meio familiar e o meio social aparecem nos textos como elementos importantes e reestruturadores da mente do psicopata. A influência curativa de indivíduos idôneos no convívio do paciente psiquiátrico seria positiva, além do exercício das faculdades morais e intelectuais.

A reintegração social, discurso constante na psiquiatria brasileira da época (PORTOCARRERO, 2002, p. 110), tinha uma série de barreiras – não só práticas, mas também legais. Apesar de a Legislação de Assistência aos Psicopatas ser bastante flexível quanto à vontade do paciente e de sua família, o Código Civil de 1916, que era o código em vigência²⁹, tratava os indivíduos em sofrimento mental por “louco” e os colocava sob curatela, alegando o artigo 5º que o louco era, assim como os menores, os surdos, as mulheres casadas e “os loucos de todos os gêneros”, incapaz.

Na prática, isso gerará uma série de empasses legais, judiciários e com relação à internação e à vida do paciente psiquiátrico. Segundo o decreto 24.559,

Art. 26. Os Psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.

Parágrafo único. Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto.

Art. 27. A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

Portanto, a pessoa se torna incapaz de responder por si mesma e seus bens não poderão ser administrados por ela mesma. Dessa forma, a legislação varguista de 1934 reafirmava a incapacidade jurídica do louco, nessa legislação caracterizado como psicopata, diferentemente da legislação de 1903, que o caracterizava como alienado. De qualquer forma, o termo permanece sinônimo de um indivíduo que necessita de curatela.

²⁹ O Código Civil de 1916 ficou em vigor até 2002.

Outra questão importante expressa na lei de 1934 é que a mera suspeita de doença mental poderia ser capaz de confinar um psicopata à instituição, embora haja na própria legislação a expressão da não necessidade de internação em caso de suspeita. E as formas legais de retirar um paciente do hospital psiquiátrico ficam limitadas à vontade do juiz e, em último caso, do diretor do hospital, que pode determinar a incapacidade do paciente de viver em sociedade.

Apesar de a legislação deliberar sobre a necessidade de assegurar meios do psicopata passar por um tratamento capaz de ressocializá-lo, não oferece qualquer menção a um tempo limite de internação, dando legalidade aos casos de pacientes internados até seu falecimento em instituições psiquiátricas, sem garantia qualquer de retorno à sociedade.

1.5 “A Psicopatia não tem sido, no Brasil, devidamente situada”: o Plano Hospitalar Psiquiátrico e a situação da institucionalização da loucura no Brasil em 1941

Essas contrariedades ficam ainda mais evidentes quando analisamos o Plano Hospitalar Psiquiátrico redigido pelo Ministério da Educação e Saúde em 1941, período de construção do Hospital Colônia Sant’Ana. O documento, disponível no acervo online do CPDOC da Fundação Getúlio Vargas, foi redigido pelo Departamento Nacional de Saúde (D.N.S) para Gustavo Capanema, ministro da Educação e da Saúde entre os anos de 1934 e 1945, e tem como subtítulo “Sugestões para a Ação Supletiva da União”.

Até aqui a psicopatia não tem sido, no Brasil, pelas iniciativas oficiais e privadas, devidamente situada. Disto evidentemente resultam sérios prejuízos à coletividade, pois que é um problema de larga repercussão que não tem sido compreendido. E a negação nada pode trazer de profícuo; muito ao contrário, o vezo de negar-se a importância da psicopatia só fará com que as gerações futuras se vejam a braços dados com uma calamidade cujo desenvolvimento até hoje não tem sido senão fustigado.

É tempo de olharmos de frente a questão, não só pela evidência que vai ela assumindo, como também pela quadra de reformas por que passam todas as nossas instituições, o que enseja iniciativas de dantes pareciam irrealizáveis.

O Departamento Nacional de Saúde, portanto, reconhecia que, mesmo com a legislação de 1934, a situação da assistência ao psicopata ainda não havia se regularizado no Brasil e era necessário criar um Plano Hospitalar que desse conta do problema que ia ao encontro ao plano de criação de uma nação unificada nos moldes da Constituição de 1937.

Em conformidade com as reformas da época, o D.N.S. desenvolverá nesse documento um texto que fazia o diagnóstico do atendimento à psicopatia no Brasil todo e, comparando-a a doenças como a tuberculose, a mortalidade infantil e a hanseníase, chamada na época de lepra

(e assim tratada na legislação). A psicopatia seria problema médico, legal, social e econômico (D.N.S., 1941, p.1).

Para legitimar esse discurso, o documento apontará a consolidação da psiquiatria enquanto ciência e a patologia mental como enquadrada nos postulados de patologia geral, com tratamento e pesquisas especializados.

De todos os tempos é conhecida a peculiaridade das doenças mentais, qual a de alterar a conduta e o comportamento dos seus portadores. Esta característica transcende quase sempre em questões de responsabilidade e da capacidade do enfermo mental, que raramente se pode manter acorde às normas dos códigos.

Houve tempo mesmo que enfermo ou doente mental era sinônimo de alienado, querendo isso expressar estar ele sempre fora de si, incapaz de distinguir o bem do mal, o certo do errado, ou o proibido do permitido. Mesmo atualmente considerada a impropriedade da sinonímia, ainda vale o aforismo clássico que faz de todo psicopata um problema médico-legal. De qualquer jeito a perturbação mental condiciona desordens que repercutem frequentemente como atos antissociais, que implicam em perigo ou prejuízo para terceiros.

Alienado era, portanto, uma terminologia considerada inadequada, posto que não se aceitava mais a ideia de que o louco era completamente alheio à vida em sociedade. No entanto, a vigência do Código Civil de 1916 contrariava essa noção, e mesmo a legislação de 1934 conferia ao psicopata incapacidade jurídica. As atitudes antissociais do psicopata e a possibilidade de causar prejuízos a terceiros, já expressa no texto 24.559, é colocada aqui como justificativa para o isolamento. A peculiaridade de sua doença lhe designava tratamento específico.

Quanto às causas da psicopatia, uma série de fatores serão atribuídos como responsáveis pela degeneração mental, muitos deles provenientes da própria noção de vida em sociedade e da coletividade da experiência humana. O Departamento Nacional de Saúde ressalta que a modernidade seria responsável por produzir uma série de sintomas nos seres humanos, resultados da luta pela subsistência, a vida moderna, as crises e “catástrofes” políticas, a dissolução dos costumes, crenças e práticas religiosas “esdrúxulas”, a propagação das toxicomanias, desajuste nos processos sexuais (D.N.S., 1941, p. 3).

Essas pessoas acometidas pela psicopatia comprometeriam o seguimento do meio social, e, mais que isso, encontravam-se diminuídas em seu valor, pela perda de sua produtividade. Psicopatia era sinônimo de desvalor humano e de “sério problema econômico” (p. 3).

O ingressado na psicopatia é um peso bruto para a sociedade e um gravame para a economia pública. Além de não mais produzir, o psicopata torna-se uma fonte de

despesas e gastos, por tempo sempre não muito curto. Em todos os recantos do mundo vêm-se as autoridades em dificuldades com a crescente superlotação dos hospitais psiquiátricos; a higiene mental sendo praticada relativamente recente e de execução complexa e difícil, a onda progressiva de insanidade não tem podido ser detida senão em mínimas proporções e em reduzido número de países.

A grande preocupação governamental em cima da loucura fica aqui expressa, enfim: o psicopata, mesmo não podendo mais ser chamado alienado, e mesmo que a legislação o defina incapaz, é um peso para a economia e possui como que uma vadiagem patológica, associando-se sua suposta falta de capacidade para o trabalho aos problemas sociais que eles próprios sofrem.

A partir dessas justificativas a D.N.S. explicita: algo deve ser feito em vistas de amenizar esse problema. Em 1937, segundo o mesmo plano, foi iniciado inquérito para levantar a situação da assistência psiquiátrica no território nacional. Uma das primeiras questões abordadas a partir desse levantamento é a necessidade de se criar uma assistência de nível nacional e uniforme, já que foi constatada a disparidade entre Estados onde a assistência já estava relativamente consolidada, mas em outros a situação ainda não havia “sequer encarada de um modo humano” (p. 5).

Assim, o Plano apresenta a situação de cada estado, para que o diagnóstico seja feito e haja um plano de ação concreto a partir das demandas encontradas Brasil afora. Vejamos o caso de Santa Catarina:

Possui Santa Catarina dois estabelecimentos psiquiátricos: Asilo de Alienados Oscar Schneider, em Joinville, e Hospício de Azambuja, situado em Brusque; ambos estão ligados à Saúde Pública do Estado, mas recebem subvenções estadual e municipal. Dada a deficiência dos mesmos, onde os doentes ainda conhecem grades e algemas, o Interventor Federal Dr. Nereu Ramos está construindo em Florianópolis um moderno Hospital Colônia cuja planta foi orientada pela D.A.P., que também forneceu o seu técnico ao Estado para providenciar a instalação, o que já está bastante adiantado. Um outro médico designado pelo Estado fez o curso da D.A.P. (1941, p. 11).

Conforme apontado anteriormente, em Santa Catarina, a inauguração do Hospital Colônia Sant’Ana em 1941 marcará o fechamento das duas instituições filantrópicas anteriores, de onde virão 165 pacientes³⁰, bem como as Freiras da Irmandade da Divina Providência, que trabalhavam no Asilo Azambuja. O estado estava classificado como um dos que oferecia assistência aos psicopatas, porém num nível muito deficiente e de “tratamento rudimentar, mas com certa orientação”, ao lado de Amazonas, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte e Alagoas.

³⁰ Essa contagem refere-se ao Relatório que será analisado no capítulo seguinte.

O relato acerca do estado catarinense nos traz alguns dados importantes: o primeiro de que os hospícios que já existiam em Santa Catarina eram públicos, e não particulares, como algumas bibliografias sugerem³¹. O segundo, que o tratamento nos hospícios existentes baseava-se ainda na concepção de alienação pré-pineliana, se considerarmos a menção a grades e algemas como verdadeira. Outra questão importante é a oferta do curso da D.A.P. para um médico da instituição³². Por fim, a caracterização do modelo Hospitalar colônia como moderno.

O Plano apresenta, ainda, uma tabela estatística com o número de pacientes por estado da federação. Vejamos abaixo os números reunidos pelo MESP.

Estados do Brasil	Número de Doentes
Amazonas	120
Pará	404
Maranhão	66
Piauí	51
Ceará	488
Alagoas	107
Rio Grande do Sul	179
Paraíba	180
Pernambuco	1.384
Sergipe	24
Baía	478
Espírito Santo	135
Mato Grosso	35

³¹ A confusão sobre a natureza dos estabelecimentos catarinenses de saúde mental aparece frequentemente em bibliografia relacionada à institucionalização no Estado de Santa Catarina. No próximo capítulo veremos que, na realidade, um dos estabelecimentos era público e o outro privado.

³² O Plano não menciona em nenhum momento o nome do profissional escolhido, mas supomos que seja o Dr. Agripa Faria, diretor da instituição.

Distrito Federal	4.350
Rio de Janeiro	620
Minas Gerais	1.925
São Paulo	7.200
Paraná	428
Santa Catarina	258
Rio Grande do Sul	2.114
Número total de doentes, no Brasil: 20.526.	

Tabela 1: Relação dos pacientes mentais no Brasil em 1941.

Essa tabela nos dá uma noção da proporção das demandas. Se no Estado de São Paulo temos contabilizados sete mil e duzentos pacientes, em Sergipe teremos apenas vinte e seis internados. Isso está relacionado aos modelos de assistência à saúde mental implementados e demonstra a preocupação do MESP com a falta da unidade no território nacional. O elevado número de internos de São Paulo tem a ver com a quantidade de leitos no Hospital Juqueri: enquanto em Sergipe o atendimento a essas pessoas era feita numa ala da Penitenciária Estadual, o Juqueri, em São Paulo, elevava o número de leitos para sete mil³³.

Os estados com maior número de pacientes são, portanto, São Paulo, com 7.200 pessoas, Distrito Federal, com 4.350 e Rio Grande do Sul, com 2.114. Tirando o Distrito Federal, que não aparece previamente na descrição da situação de cada região, nos dois outros estados o número de pacientes tem a ver com o número de leitos e de hospitais existentes. Os estados com menor número são Sergipe, com 24 internos, Mato Grosso, com 35, e Piauí, com 51. Todos esses não tinham Hospitais Psiquiátricos, apenas alas em Santa Casa de Misericórdia (no caso do Piauí) e um abrigo para psicopatas que não partia do princípio do tratamento propriamente dito (no caso do Mato Grosso). No caso catarinense, distribuídos entre os hospícios de Brusque e Joinville, 258 pacientes precisavam de auxílio. Esses números davam conta apenas das

³³ O que torna questionável o número levantado pela tabela, já que o Juqueri não era o único hospício do estado.

internações realizadas nas instituições, carecem de fontes e não incluem a parcela da população que não possuía diagnóstico ou atendimento psiquiátrico.

Porém, esses números nos fazem compreender a descontinuidade da assistência psiquiátrica mesmo com o decreto 24.559, que por sua vez não decretava a construção de nenhum hospital. Nem mesmo o Plano Hospitalar de 1941 autorizava a construção de hospitais, mas deliberava sobre as possibilidades econômicas do Estado de auxiliar a implementação, nos estados, de hospitais psiquiátricos com financiamento federal³⁴, e estabelecia um padrão para as construções futuras que fossem amparadas por esse plano.

1.6 O Hospital-Colônia como modelo

Esses hospitais deveriam corresponder a um determinado modelo.

Assim, no que respeita à assistência hospitalar propriamente dita, padronizou as construções no tipo Hospital Colônia, modalidade hospitalar moderna, eficiente e a menos dispendiosa. Na regulamentação dos Serviços adotou um critério que sumaria as atividades assistenciais nos organismos indispensáveis, unidades essas que poderão ser instituídas paulatinamente, conforme o progresso da assistência local e as possibilidades orçamentárias (D.N.S, 1941, p.15).

O Hospital Colônia é um formato onde o paciente, após internado, como veículo para cura, empreenderia trabalho agrícola como forma de tratamento. A “cura”, entendida aqui como reintegração do paciente à sociedade e à produção, seria realizada pelo trabalho agrícola. O modelo tinha surgido muito antes de Pinel ter retirado as correntes dos loucos do Hospital Geral em Paris.

Segundo Paulo Amarante (2007), a primeira menção à Colônia se deu no século VI, na Irlanda, a partir de uma lenda católica, onde uma santa teria, ao ser decapitada em praça pública, feito um alienado voltar a enxergar, por milagre. Assim, eram realizadas procissões até o local onde houvera a execução para que a santa operasse os milagres. Como não houvesse milagre algum, os loucos das famílias mais abastadas permaneciam na localidade, que era agrícola, e seus familiares passaram a pagar pela estadia até o ano seguinte. Esses loucos começaram a trabalhar na agricultura local, e, aparentemente, apresentavam melhoras (AMARANTE, 2007, pp. 38-39).

³⁴ O documento explicita que ações haviam sido propostas para alguns estados específicos, como Santa Catarina, Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe, Alagoas e Espírito Santos. Essa colaboração que a D.N.S. aconselha deveria se dar pela revisão da Legislação federal e pela instituição da ação financeira supletiva.

O formato colônia também possibilita que o hospital gere o mínimo de ônus ao estado: já que os pacientes produzem o alimento que eles próprios consumirão, os gastos do estado com a alimentação dos internos serão menores – algo que gerará condições de trabalho análogas à escravidão, comum nas colônias. A ideia de que as colônias atingissem autossuficiência através do trabalho dos pacientes parecia “unir o útil ao agradável”. Enquanto os internos são curados, ainda oferecem uma “folga” para os gastos do Estado. Assim, “o louco, que constituía até então um ônus sobre os ombros do governo ou da família, seria de alguma forma reintegrado a um circuito produtivo e arcaria com o custo da sua própria subsistência” (CUNHA, 1986, p 70).

De qualquer forma, a estrutura do Hospital Colônia de 1941 é diferente destes primórdios alienistas: a ideia era a construção de instituições pavilhonadas, mistas e que correspondessem a todo o aparato médico de um hospital, porém com a questão do trabalho como ideologia principal. Na Colônia Agrícola, o tratamento médico não é exatamente uma preocupação, ficando o trabalho agrícola em foco, como forma de tratar moralmente os pacientes.

Essa ênfase no discurso do trabalho como algo edificante se faz presente no Brasil desde a abolição da escravatura: desde que o labor esteve associado à condição de escravo por tanto tempo, era necessário que se criasse um discurso político que positivasse o trabalho e o associasse ao progresso (CHALHOUB, 1986, p. 29).

Viviane Borges (2012) salientará que o trabalho era vinculado à reabilitação dos alienados, mas não só isso: o trabalho servia para classificar comportamentos em sadios ou doentes. Na lógica do hospital colônia, a cura estava relacionada a estar ou não apto ao trabalho.

Segundo Ana Teresa Venâncio, o modelo hospitalar de colônia foi utilizado no tratamento de variadas doenças. Não apenas no Brasil mas, espalhadas pelo ocidente, as colônias se destinavam a isolar os doentes com o intuito de conter a propagação das moléstias (VENÂNCIO, 2010, p. 36). Além disso, conforme aponta a autora, essa estrutura hospitalar também estava ligada ao tratamento moral em que se amparava a psiquiatria desde seus primórdios, o alienismo pineliano, conforme aponta também a autora Sandra Caponi (2012, pp. 41-42).

Para esse tratamento moral, era fundamental o isolamento, já que, pelos princípios clássicos do alienismo, o doente precisava ao mesmo tempo se isolar do meio externo e da convivência com familiares e pessoas próximas, conviver num local onde sua doença pudesse

ser observada “em seu estado puro” e que o retirasse do meio externo ao hospital para que adquirisse novos hábitos morais (CAPONI, 2012, p. 42; VENÂNCIO, 2011, p. 26; BORGES, 2012).

Embora na década de 1940 o alienismo não seja propriamente a ciência utilizada para tratar os pacientes mentais internados nos Hospitais brasileiros, é possível identificar permanências entre essa prática e a psiquiatria sanitaria da Era Vargas, especialmente no que toca a questão moral, conforme analisaremos mais adiante. De antemão, podemos dizer que tal discurso instituiu que a recuperação dos doentes se daria não apenas no momento em que os mesmos fossem reinseridos na lógica de produção, mas também com a moralização que essa lógica trabalhista poderia proporcionar a esses sujeitos.

Assim, nessa concepção de que os novos hábitos morais que seriam conseguidos através do trabalho, podemos perceber uma associação entre o trabalho agrícola, o tratamento moral e um retorno à convivência em sociedade. Tudo isso conectado a um imaginário do campo como lugar bucólico e pacífico onde a moralidade e o trabalho duro caminham juntos para alicerçar um projeto de hospital capaz de recuperar o doente.

É necessário, por fim, entender que o hospital-colônia é uma instituição diferente das colônias agrícolas propostas até o século XIX: se em períodos anteriores o foco no trabalho se dava sem haver necessariamente a presença de uma estrutura hospitalar, com o hospital-colônia a questão agrícola toma a forma mais bem delineada de um tratamento a ser compreendido dentro de um contexto clínico-psiquiátrico e com um propósito de praxiterapia a ser desenvolvida dentro do espaço hospitalar, amparada pela modernização não só do equipamento, mas das edificações e das concepções científicas em que se alicerçavam (VENÂNCIO, 2011, p.49).

O MESP passou a contar com a Assistência aos Psicopatas, criada pela lei nº378³⁵, de 1937. Segundo Ana Venâncio, o diretor da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, Aduauto Botelho, assinalava que era necessário criar um encadeamento de instituições para que o Estado pudesse lidar adequadamente com as doenças mentais. Essas instituições eram “serviço de higiene mental, hospital, colônias fora do perímetro urbano, hospitais-colônias (na falta de

³⁵ Lei datada de 15 de janeiro de 1937, que criava a Assistência aos Psicopatas a partir do Departamento Nacional de Saúde, que integrava todos os assuntos e instituições ligados à saúde dentro do MESP.

hospital) e seções para os delinquentes junto ao hospital, caso não houvesse um manicômio judiciário” (VENÂNCIO, 2011, p. 44).

Na década de 1940 predominaram os hospitais públicos, o que em 1941 já é possível perceber a partir do Plano Hospitalar Psiquiátrico, tendência que permaneceu se expandindo durante a administração de Adauto Botelho. Para Luiz Fernando Paulin e Egberto Ribeiro Turato (2004), os hospitais psiquiátricos públicos eram orientadores da ação da Assistência aos Psicopatas, posteriormente chamada Serviço Nacional de Doenças mentais³⁶. Todas essas instituições e esforços para criar um sistema de saúde mental que fosse integrado por instituições e leis federais, mas que desse aos estados e municípios autonomia para lidar com o problema em suas diferentes especificidades, estava inserida numa tentativa de consolidar a ciência psiquiátrica.

Aquele foi um período em que a psiquiatria procurava se estabelecer na condição de especialidade médica e seu espaço de atuação passou a ser reconhecido como tal. O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações 'hospício', 'asilo', 'retiro' ou 'recolhimento', reconhecendo a categoria 'hospital'. Buscavam-se novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante (PAULIN; TURATO, 2004).

Para firmar-se enquanto área, a psiquiatria precisava criar espaços de ação, notadamente o hospital. A instituição hospitalar é o solo onde a medicina de modo geral se firmará. O hospital como lugar de atuação, tão caro à medicina, agora era reivindicado pela psiquiatria. E a hospitalização da loucura precisaria aportar-se no que de mais moderno e científico que ciência da época pudesse proporcionar, o que pode ser verificado nas fontes que analisaremos a seguir.

No entanto, conforme apontado anteriormente, é importante ressaltar que a psiquiatria no Brasil, enquanto formação acadêmica, era recente, e não raro o hospital psiquiátrico era administrado por médicos sanitaristas ou higienistas, cujas concepções envolviam não apenas a higiene física do espaço urbano, mas também a criação de consciências individuais acerca das doenças, já que os indivíduos eram a causa das doenças (COLUCCI, 2009, p. 3).

Em Santa Catarina, o Departamento Nacional de Saúde foi responsável por implementar um hospital para psicopatas que buscasse dar conta da demanda do Estado, já que as duas instituições existentes não davam conta do contingente estadual que precisava de tratamento e cuidado específico. No próximo capítulo, vamos abordar a forma como a Saúde Mental foi

³⁶ Em 1941 o órgão muda de nome, passando a se chamar Serviço Nacional de Doenças Mentais, mas em Santa Catarina o antigo nome permanece nos documentos oficiais do HCS.

implementada em Santa Catarina a partir da criação e do primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana por meio da documentação estatal produzida dentro do Hospital e fora dele, pelo Governo.

A ideia de reintegração social com a cura pelo trabalho agrícola é, no entanto, contraditória – num contexto de urbanização, qual a real utilidade de buscar reintegrar o doente mental pelo trabalho rural? (SANTOS, 1992, p. 35) A ideia de educá-lo para o trabalho era, portanto, moralizante, e servia para educar o doente mental para o trabalho, não necessariamente lhe dava uma função que ele pudesse realmente exercer no meio urbano que se pretendia desenvolver durante o Estado Novo³⁷. Além disso, muitos dos pacientes internados nesses hospitais vinham de localidades rurais.

Dada a necessidade de modernização, o Estado demandava um Hospital Psiquiátrico. Dessa forma, imbuída de todos estes preceitos, começou a funcionar, efetivamente, em 1942, a Colônia Sant'Ana. Por meio do relatório escrito por Agripa Faria, diretor durante os dois primeiros anos de funcionamento do HCS, podemos obter informações relevantes acerca não só da maneira como a instituição funcionava, mas também das concepções em que se alicerçavam suas práticas, conforme analisaremos com mais vagar no próximo capítulo.

³⁷ É preciso salientar no entanto que muitos dos pacientes do HCS eram de origem rural, portanto, caso recebessem alta, poderiam exercer trabalhos em suas respectivas localidades.

2. Capítulo II: “Mas como cuidar do doente?”: O primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana

No capítulo anterior analisamos as condições de possibilidade que permitiram a configuração de uma política nacional de saúde mental durante o Estado Novo. A partir da legislação vigente pudemos compreender como o Estado pretendia tratar e amparar legalmente o psicopata. A partir da análise do Plano Hospitalar Psiquiátrico, por sua vez, pudemos compreender que essa política era encadeada em nível nacional, e não apenas ficava no âmbito das reformas legais, mas havia um projeto de institucionalização e um levantamento da situação nacional de amparo aos pacientes mentais.

No presente capítulo, veremos como essa política se desenrolou em Santa Catarina, a partir da criação do Hospital Colônia Sant’Ana. Para isso, aliados à análise documental feita no capítulo anterior, trabalharemos com dois documentos do Estado.

O primeiro é a primeira edição Revista de Propaganda do Estado e dos Municípios de Santa Catarina, datada de 1939, editada pelo Departamento de Administração Municipal do Governo do Estado de Santa Catarina em 1939, com direção de Tito Carvalho foi reeditada em versão fac-símile pelo Arquivo Público do Estado em 2002³⁸. A Revista trata do município como um todo, suas políticas públicas, apresenta as características da cidade, suas ruas, os templos religiosos, os cinemas, os clubes de remo, aspectos culturais como o futebol, suas praias e, o mais importante para a presente análise, uma série de reformas urbanas que foram empreendidas pelo Governo do Estado na época – ou que começavam a ser empreendidas.

O segundo é o Relatório Administrativo do Primeiro ano de Funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana, datado de 1942 e escrito por Agripa Faria, diretor em exercício na instituição, destinado ao Interventor do Estado, Nereu Ramos. O Relatório possui cerca de 92 páginas³⁹, podendo ser dividido em duas partes: a primeira, administrativa, dá conta dos custos, do prédio e de questões relativas ao funcionamento prático da instituição, e apresenta tabelas, algumas delas reproduzidas neste trabalho, referente a dados sobre a procedência, a cor, idade, ocupação, entrada e saída, dentre outras informações dos pacientes e das pacientes internados. Além de uma prestação de contas, essa primeira parte do Relatório é o argumento do diretor

³⁸ Nesse capítulo analisaremos essa edição, de 2002.

³⁹ Algumas delas contém informações repetidas.

face às necessidades de verba da instituição⁴⁰. A segunda parte do Relatório é uma carta ao Interventor que, além de sistematizar as informações demonstradas ao longo do relatório por meio de tabelas e organogramas, apresenta as concepções de saúde mental do Diretor.

A partir desses documentos, buscamos compreender qual era o discurso de saúde mental empregado pela instituição e pelo Estado catarinense na época. O que procuramos traçar aqui é a lógica do discurso institucional, mas não suas práticas, que não podem ser observadas a partir dos documentos escolhidos para a presente análise. No entanto, alguns vislumbres poderão ser contemplados a partir da apreciação da tabulação de dados feita pelo Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (CEDOPE/HCS-IPq-SC)⁴¹. Alguns dados quantitativos dessa tabela serão utilizados aqui para abordar alguns elementos que não aparecem no Relatório, principalmente os diagnósticos.

Este capítulo se subdividirá em duas partes: a primeira, de nome “Impedir a procriação de seres doentes e que tenham doentes na árvore genealógica”: controle social na institucionalização da loucura” sobre controle social, em que buscaremos compreender como essa instituição procurava gerir essa população para que ela estivesse afinada com os propósitos nacionalistas do Estado Novo; e a segunda, intitulada “Um moderno Hospital-Colônia: o primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana” que busca compreender quais eram as maiores preocupações da direção do Hospital frente à Saúde Mental em Santa Catarina, bem como traçar um perfil geral dos pacientes internados durante o primeiro ano de funcionamento da instituição.

2.1 “Impedir a procriação de seres doentes e que tenham doentes na árvore genealógica”: controle social na institucionalização da loucura

O princípio da hereditariedade em sofrimento psíquico é ponto pacífico em saúde mental até os dias de hoje. É conhecimento geral de profissionais da saúde que a doença mental possui fatores familiares, mas não se sabe ao certo como determinar essa hereditariedade, e ela sozinha não é fator determinante⁴². O que se sabe é que se, por exemplo, um indivíduo é diagnosticado

⁴⁰ Conforme veremos mais adiante, a construção só foi concluída no ano seguinte, 1943, e, conforme veremos, as solicitações e argumentos em prol da ampliação da política de Saúde Mental e da estrutura do Hospital do Dr. Agripa Faria são recorrentes.

⁴¹ Esses dados foram computados numa tabela e estão disponíveis para consulta no acervo do CEDOPE a partir da apresentação de projeto de pesquisa e, se necessário, Carta de Aceite do Comitê de Ética. Para mais informações sobre isso entrar em contato com o CEDOPE.

⁴² Há que se considerar fatores emocionais, sociais, culturais, enfim, o entorno do indivíduo.

com esquizofrenia, há probabilidades de seus descendentes desenvolverem algum tipo de sofrimento psíquico (MICHELON; VALLADA, 2005, p. 22).

As concepções de hereditariedade e de degeneração na psiquiatria são, há muito, motivo de debate e questão fundamental para compreender a forma como se encaminharam as políticas de institucionalização da loucura ao longo do tempo. A ideia de degeneração mental como algo que poderia ser transmitido entre as gerações foi responsável por diferentes práticas. Para Benedict Morel (1809-1873), a degeneração era hereditária, mas, na quinta geração, o indivíduo nasceria estéril e, portanto, a degeneração seria interrompida. Para Cesare Lombroso (1836-1909), a degeneração era ponto fundamental para compreender a lógica das mentes criminosas (PICININI, 2001).

No caso brasileiro, para Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), amparado em Lombroso, um dos primeiros teóricos da antropologia criminal, buscava compreender como a mistura de raças e o clima, no Brasil, contribuía para a degeneração dos indivíduos. Já Juliano Moreira (1873-1933), diretor do Hospício Nacional de Alienados entre 1903 e 1930, ao contrário de Nina Rodrigues, não atribuía à miscigenação nem ao ambiente tropical a doença mental, mas sim “o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas” (ODA, 2001).

A degeneração pode ser compreendida como uma decomposição das faculdades mentais e da moral que poderia ser percebida através não só dos comportamentos mas de características físicas dos indivíduos. O biodeterminismo⁴³ e a anatomopatologia⁴⁴ seriam fundamentais para determinar quem era e que não era são. A certas características físicas eram atribuídos comportamentos desviantes (FERLA, 2009, p. 24), e os internos de hospitais psiquiátricos, de leprosários, os criminosos, as prostitutas e outras populações indesejáveis, quando incorporadas às instituições, fossem elas o asilo, o hospital, o presídio ou a Universidade⁴⁵ passavam por rigorosos exames de medição dos ossos da face, do formato do corpo, cor dos cabelos, da pele,

⁴³ Pode ser entendido como a tentativa de determinar as origens biológicas dos comportamentos sociais e culturais de determinados grupos, especialmente os menos favorecidos, pela ciência da época.

⁴⁴ É o exame ou estudo macroscópico dos sintomas no corpo do paciente. A anatomopatologia busca os sintomas a partir da anatomia do corpo.

⁴⁵ Alguns indivíduos eram utilizados em experimentos em grandes conferências de médicos e estudantes de medicina nas Universidades. Casos famosos como a Vênus Hotentote e Augustine possuem vasta produção acadêmica e até cinematográfica sobre suas trajetórias de vida nessas instituições. Os filmes “Vênus Negra” (2010), de direção de Abdellatif Kechiche, e “Augustine” (2013), de Alice Winocour, são interessantes para pensar essas questões.

dentre outras características fenotípicas que pudessem determinar, segundo os preceitos de cada época, seus comportamentos.

Dentro desse contexto conceitual surgia a eugenia, a ideia de que seria possível higienizar e aperfeiçoar a raça ao impedir a procriação daqueles que, a partir do biodeterminismo, eram considerados menos evoluídos. “Os tratamentos eugênicos eram baseados nos Testes de QI, segregação institucional, restrições ao casamento, esterilização involuntária, controle da imigração e outros” (PICININI, 2001).

Essas práticas se intensificaram a partir do século XIX e vão século XX adentro, embora desde Pinel a anatomopatologia já possa ser verificada (CAPONI, 2012, p. 37). Segundo Luis Ferla (2009), que analisa o biodeterminismo aplicado à criminologia entre o final do século XIX e meados do século XX no Brasil, a institucionalização, que ele chama de sequestração, a partir de Lombroso, ganhará uma complexa gama de estratégias onde a prevenção torna-se crucial (FERLA, 2009, p. 25).

A degeneração, dificilmente revertida, precisava ser diagnosticada o quanto antes, para que não se proliferasse e não trouxesse danos à raça. A degeneração mental e sua hereditariedade são pontos cruciais para entender as políticas de internação adotadas em Santa Catarina a partir de 1941 com a inauguração do Hospital Colônia Sant’Ana. No Relatório de 1942, Agripa Faria afirmará que

Só se evita que o novo ser seja um doente mental, *impedindo a procriação de seres doentes e que tenham doentes na árvore genealógica*. Pergunta-se: há fatos científicos que provem serem as doenças mentais transmissíveis *hereditariamente*? Sim. Pode haver dúvida de que possa se determinar em que geração vai aparecer o doente completo; perigo da hereditariedade recessiva. Quem vive como nós dentro de hospital é que vê quanto é difícil encontrar caso de doença mental sem se encontrar pelo menos um suicídio na árvore genealógica da família. Todos os outros meios são indistintamente ineficazes e *não eugênicos*. (FARIA, 1942) [grifos meus]

Podemos perceber que a preocupação do diretor do hospital não se dava somente em relação aos internos. Ela extrapolava os limites do hospital psiquiátrico e adquiria o formato de uma preocupação com a gestão da população e o controle social (AREND, 2005, p. 198), expressa a um só tempo na esfera pública e na esfera privada, a partir da institucionalização e da disciplinarização por meio da religiosidade, com a atuação da Irmandade da Divina Providência dentro do Hospital. Retomamos aqui as ideias do Plano Hospitalar Psiquiátrico já apresentadas no primeiro capítulo: a nação que a Constituição de 1937 previa precisava ser idônea e não apresentar máculas. O psicopata representava uma mancha nesse projeto nacional e precisava deixar de existir.

“Proíba-se, dentro de leis serenas o casamento de anormais e para tanto não se pode começar de afogadilho, senão sairá obra manca. Vamos nos preparando aos poucos, com cuidado e carinho, com passos seguros” (FARIA, 1942). Havia a intenção, portanto, da realização de exames pré-nupciais nos cidadãos catarinenses para impedir a reprodução de indivíduos que fossem diagnosticados psicopatas ou que tivessem, em sua família, pessoas com esse tipo de diagnóstico⁴⁶.

Havia ainda uma preocupação do Estado com a criança e o seu desenvolvimento mental. Bruna Viana (2013) aponta em seus estudos que essa preocupação se expressou na criação de instituições educacionais para as crianças, “a preocupação aos cuidados da criança deu origem aos investimentos em diversas instituições, como escolas; creches; o Educandário Santa Catarina, destinado aos filhos dos lázaros e o Abrigo de Menores, direcionadas ao cuidado e formação dos futuros cidadãos” (VIANA, 2013, p. 29).

No Relatório a questão da infância também aparece:

Como evitar que os já nascidos se tornem doentes mentais. Quer nos liguemos à escola de Freud, quer nos liguemos à de Adler, o certo é que ambos se imbricam e se amoldam para uma conclusão: acompanhe-se o desenvolvimento mental da criança em todas as suas idades, corrigindo-se-lhes as tendências instintivas, filhas do genótipo. (FARIA, 1942)

Era necessário prevenir que as crianças desenvolvessem a psicopatia, educando-lhes desde tenra idade. Era preciso controlar os instintos e lhes assegurar ambientes “saudáveis”, imputando-lhes hábitos morais condizentes com aquele projeto de Estado.

A regeneração desses doentes só poderia ocorrer a partir do trabalho e do tratamento médico adequado. Mas isso, como afirma o próprio Agripa Faria, precisaria de tempo. Assim, a prevenção da psicopatia já na infância, aliada à institucionalização dos indivíduos já comprometidos em suas faculdades mentais, seria crucial para manter a população catarinense longe de tal mazela.

Module-se o seu sentimento de comunidade, tornando-o ser gregário; torça-se, quebrando-se, em substituições e em sublimações o seu sentimento de inferioridade, fundamento iniludível das desadaptações e desajustamentos, sabem-se no lar com as crianças mimadas futuras crianças problemas nas escolas; oriente-se a instrução e a educação dos pequenos anormais, impulsivos, esquisitos, esquizóides, lunáticos etc., personalidades psicopáticas, eternos desadaptados ao meio; oriente-se a educação dos supernormais, separem-se os oligofrênicos perfectíveis em patronatos para trabalho,

⁴⁶ Até o momento desta pesquisa não foi possível encontrar fontes que comprovassem que essa medida foi implementada em Santa Catarina.

compatível com o seu desenvolvimento orgânico; separe-se o egresso das penitenciárias e dos hospitais para alienados (FARIA, 1942).

Percebemos, a partir desse trecho, que a profilaxia mental não tinha apenas um caráter de tratamento médico, mas também de controle. Segundo Marcos Cesar Alvarez (2004), o controle social não está posto dentro de uma dicotomia entre Estado e Sociedade. A relação entre é muito mais fluida e não se deve cair em visões finalistas da racionalidade desses mecanismos de controle, que se pretende exercido pelo Estado não apenas controla, mas produz comportamentos que seriam adequados ou não de acordo com suas próprias instituições (ALVAREZ, 2004, p. 170). Conforme apontamos anteriormente, nas décadas de 1930 e 1940, observa-se não apenas em Santa Catarina, mas em todo o Brasil, a constituição de um rede de instituições de caráter público e privado que incidem no comportamento dos indivíduos. No caso da Santa Catarina de 1942, o Estado pretendia, com sua teia institucional e com o discurso dos políticos e encarregados de dirigir essas instituições, como no caso do diretor do HCS, produzir um molde comportamental que garantiria a execução da obra estatal.

De acordo com o Relatório de Agripa Faria,

O aperfeiçoamento da raça redonda no aperfeiçoamento da espécie, e com isto a diminuição dos males que prejudicam o terreno em que se enxertam de um jeito ou de outro as psicoses. Acautelemo-nos, pois, contra as imigrações prejudiciais, fator de um caldeamento doentio; o caldeamento de 3 raças branco-preto-gentio, dará em breve um tipo nosmótipo, muito bom, pois o branco é dominante. Ampare-se a saúde no lar, dando esgoto, água, pão e médico; combatam-se os vícios sociais elegantes, desde o álcool até a cocaína, não com meios severamente restritivos e criadores de formas anômalas de costumes (gangsterismo, pela lei seca nos E.U) mas com medidas serenas, mas que se cumpram; controlem-se as atividades sociais exageradas desde o jogo até o pupanar, impeça-se o uso e abuso de filmes excitantes; apazigue-se o exagero da imprensa destemperada. Limite-se a produção literária e a torne compatível com o desenvolvimento mental da criança e do adulto. Faça-se do trabalho e do braço produtor uma verdade, orientando-os por leis cumpríveis e dando ao trabalhador além de montepio, pão e saúde orgânica e psíquica; movimente-se um exército para libertar-nos da lepra, tuberculose, da febre amarela, da verminose, da sífilis e da malária; lancem-se em armas os homens de bem, contra os fazedores de guerra, plutocratas obsessivos e dominadores, semeadores de tarados e desadaptados; oriente-se e regularize-se a vida dos desocupados, dando-lhes trabalho pelo Estado. Enfim, abula-se o egoísmo doentio dos ambiciosos; amaldiçoa-se a intriga como vício social capaz de desagregar; evite-se a maledicência como fonte desagregadora dos sentimentos de comunidade; e por fim apregoe-se o amor, a justiça, a lei, a ordem, distribua-se a liberdade, o pão e a saúde e teremos começada a marcha para uma situação onde haverá sem dúvida mais amor entre os homens, mais harmonia entre as sociedades, onde haverá por fim mais saúde mental.

A Assistência aos Psicopatas não ficaria, portanto, restrita aos indivíduos diagnosticados com doenças mentais, mas a todos os sujeitos que tivessem comportamentos nocivos à ordem. Percebemos, portanto, que consistia em preocupação da profilaxia mental da época controlar a produção literária e cinematográfica, restringir o uso de substâncias entorpecentes, oferecer alimento e instigar o sentimento de comunidade e, ainda, princípio fundante do Brasil varguista, oferecer trabalho – especialmente aos que precisam e podem por ele ser corrigidos. Já na legislação de 1934 esses preceitos podem ser percebidos, conforme analisado anteriormente, como os parágrafos 2 do artigo 7º do Decreto 24.559.

Mas não só o controle dos comportamentos era foco do projeto de Saúde Mental do Estado. No mesmo trecho, o Diretor do Hospital evidencia a necessidade de aperfeiçoamento da raça. Uma coisa estava ligada à outra: modular os hábitos morais para criar indivíduos saudáveis, convivendo numa sociedade harmoniosa com práticas sociais e institucionais que resultassem no melhoramento da espécie. Para isso era preciso fazer reformas nos indivíduos e no ambiente, a partir dessa mesma perspectiva de gestão da população e de controle social. Na realidade, Santa Catarina passava por uma série de reformas urbanas e remodelação da cidade (COSTA, 2012, p. 20), e essa nova configuração passava pela Saúde Pública.

Conforme o que pode ser analisado a partir da Revista de Propaganda do Estado de Santa Catarina de 1939, que apesar de ser anterior à consolidação dessas reformas, acompanha seu projeto e construção, para que essas instituições pudessem ser construídas, uma série de pesquisas foram feitas no sentido de cercear a população e vigiar as condições sanitárias dos municípios. No item “Departamento de Saúde Pública”, lemos que:

Nas inovações e reformas da estrutura administrativa do Estado, levadas a cabo pelo atual governo catarinense, a que se processou no aparelhamento de vigilância e defesa das condições sanitárias do nosso povo, foi, sem dúvida, uma das mais de maior amplitude e de objetivo mais caracterizadamente social (SANTA CATARINA, 2002, p. 29).

Essas reformas buscavam não apenas implementar as políticas nacionais de saúde no Estado, mas dar solução rápida a problemas de saúde pública relacionados aos novos parâmetros autoritários do Estado Novo. A ideia de medicina social não possuía o caráter de abrangência e democratização que a ideia de saúde pública tem atualmente. A medicina social passava por conseguir categorizar os indivíduos para assumir o controle. Por isso a construção de tantas instituições, fossem elas hospitais e ambulatórios ou diretorias e setores nacionais e estaduais de saúde.

Todas essas reformas não se resumiam à criação de hospitais isolados, mas de toda uma rede de pequenas instituições que dessem suporte à instituição principal – o hospital. Continua sendo um modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 2007, p.27), conforme apontado por Paulo Amarante⁴⁷, mas que busca desafogar a demanda hospitalar para que atinja o maior número de pessoas e territórios.

Para isso, nas sedes dos distritos, seriam instalados Centros de Saúde⁴⁸, que deveriam oferecer serviços nas mais variadas especialidades referentes à Saúde Pública segundo as concepções da época. Embora fique evidente que o Governo buscasse dar autonomia aos municípios os profissionais que atuassem nesses centros deveriam estar comprometidos com aquelas ideias de medicina sanitaristas que se pretendiam nacionais as apontadas por Cristiane Fonseca (2007) e discutidas no capítulo anterior.

Nas sedes dos Distrito Sanitários, haverá Centros de Saúde, formados por serviços especializados em todas as questões dominantes de higiene e medicina coletiva, mas de ação única, supletiva, global, sob uma só orientação e direção, evitando-se, assim, a constituição de serviços autônomos especializados, estanques, independentes, de ação paralela, muitas vezes improdutiva (SANTA CATARINA, 2002, p. 29).

A preocupação era, portanto, que essa ampliação do modelo hospitalar gerasse atuações distintas do padrão governamental criado⁴⁹. Para que isso não acontecesse, essa série de diretorias eram acionadas para supervisionar e fiscalizar a atuação nesses Centros. Além dos Centros, seriam criados Postos de Saúde, sendo assinalados pela Revista os de Laguna, Itajaí e São Francisco, por serem cidades portuárias, e a aparelhagem destes deveria ser mais cuidadosa e em maior escala que postos de outras localidades. Esses postos deveriam dar conta de problemas “menores” ou, na falta de equipamento para tal, deveriam encaminhar os pacientes às instituições apropriadas⁵⁰.

No âmbito nacional, conforme já visto no capítulo anterior, a Assistência aos Psicopatas, um destacamento do Departamento Nacional de Saúde do MESP, se dividia em Distritos Sanitários regionais. Dessa forma, o Governo Federal conseguia ditar as regras e diretrizes básicas para a saúde pública sem, no entanto, interferir na forma como os estados e os

⁴⁷ Notadamente o já referenciado “Saúde Mental e Atenção psicossocial” (2007) e “Loucos pela Vida” (1995), livro organizado pelo autor mas com diversos textos de outras autorias.

⁴⁸ Em Florianópolis, o Centro de Saúde localizava-se no centro da cidade, na rua Felipe Schmidt.

⁴⁹ Cabe mencionar que nome do Serviço de Assistência aos Psicopatas que mudara em 1941 para Serviço Nacional de Doenças Mentais, permanecera com o nome antigo nos documentos de circulação interna e externa do Hospital.

⁵⁰ Vale ressaltar novamente que este trabalho se refere ao discurso estatal acerca das políticas de Saúde Pública. Não foi verificado até o momento da pesquisa se de fato todas essas instituições chegaram a funcionar efetivamente. Sabemos que algumas chegaram a ser criadas, como por exemplo o Centro de Saúde de Florianópolis

municípios estruturariam o atendimento. Assim, cada Distrito poderia agir de acordo com suas especificidades. Portanto, apesar de haver uma homogeneização no projeto de saúde mental, as políticas não foram implementadas da mesma forma nem ao mesmo tempo nos variados estados brasileiros.

(...) o Departamento de Saúde Pública com eus estabelecimentos racionalmente fixados nos pontos mais interessantes do Estado são concretizações características desta maneira de enfrentar resolutamente nossos problemas de ordem médico-social. Tais esforços encontram centralizados no Departamento de Saúde Pública, oriundo da transformação sofrida pela antiga Diretoria de Higiene, e ajustam-se aos padrões do hodierno sanitarismo, já vigorantes nas organizações federais de saúde e em algumas instituições estaduais (SANTA CATARINA, 2002, p. 29).

Vemos, portanto, que havia uma preocupação em alinhar-se à proposta nacional, bem como em modernizar a medicina oferecida no estado. No caso de Santa Catarina, os Distritos Sanitários dividiam-se entre Florianópolis, Joinville, Blumenau, Tubarão, Canoinhas, Lages e Cruzeiro do Sul. Na revista, as obras comentadas concentram-se na região de Florianópolis.

Conforme visto anteriormente, em Santa Catarina, o sanitarismo atuou fortemente, criando uma rede de hospitais que visavam anular as mazelas daquela população⁵¹. Destaquemos quatro projetos: o Hospital Colônia Santa Teresa em 1940, leprosário⁵² construído também com estrutura de colônia, o Hospital Nereu Ramos em 1943, destinado a pacientes com tuberculose e outras doenças infecciosas graves e o Preventório para os filhos dos hansenianos – criado em consonância com o Colônia Santa Teresa, e o próprio Hospital Colônia Sant’Ana, inaugurado em novembro de 1941, para os que na época eram chamados de psicopatas ou doentes mentais (COSTA, 2012, p. 56). É necessário também frisar a ampliação e modernização da Penitenciária Estadual da Pedra Grande e o Abrigo de Menores. Além disso, em outros espaços que não necessariamente essas instituições públicas, como escolas, círculos sociais envolvendo as igrejas, o trabalho, enfim, nesses outros espaços “difundia-se os discursos e as práticas que tinham como alvo a construção desse trabalhador disciplinado” (AREND, 2005, p. 108).

A Direção Geral do Departamento localizava-se em Florianópolis, e era separada em divisão técnica e divisão administrativa, e cada uma dessas era ainda subdividida em diversos

⁵¹ A respeito da história do HCS ver os trabalhos de Bruna Viana (2012, 2015) Eliani Costa (2012), Ana Koerich (2008) e Viviane Trindade Borges (2012).

⁵² Termo da época. Desde a década de 1950, as políticas de saúde relacionadas às pessoas acometidas por Mal de Hansen, denominadas de hansenianos, não passam pela internação compulsória nem pelo isolamento e segregação que eram impostos a essas populações naquela época.

setores. Cabe ressaltar aqui a Educação e a Engenharia Sanitárias. Frente à Superintendência Geral, havia especialidades que se reportavam diretamente a ela, e eram mais privilegiadas que outras.

Assistem ainda diretamente ao Superintendente Geral, os serviços especiais de Profilaxia da Lepra e da Profilaxia da Malária e Outras Endemias Rurais. (...) Os Centros de Saúde, Postos e Sup-Postos ligam-se diretamente à Superintendência Geral, através da chefia dos Serviços Distritais. Os Centros de Saúde compreendem dispensários de Higiene Pré-natal, Higiene Infantil, Higiene Pré-escolar, Higiene Escolar, de Sífilis e outras doenças venéreas, de Tuberculose, de Odontologia, de Oftalmo-otorrinologia, e de serviços de Epidemiologia e Estatística Vital, Malária e outras endemias Rurais, Higiene da Alimentação, da Habitação e do Trabalho, além dos serviços administrativos. (SANTA CATARINA, 2001, p. 32)

Esse era o encadeamento das divisões de saúde do Estado e as especialidades mais visadas. É possível perceber através do excerto que a doença mental não figurava como carro chefe da política do Estado. Mas levando-se em conta a preocupação com a infância e com a higiene pré-natal, fica evidente a necessidade de vigiar o crescimento das crianças e a gestação para que resultem em adultos saudáveis e aptos.

Como se vê, há preocupação de não descuidar de forma alguma as gerações futuras, pois que em todos os núcleos importantes do Departamento funcionarão dispensários destinados à segurança da mulher grávida, do infante, do pré-escolar e do escolar. Doutro lado, as endemias rurais merecem maiores cuidados e serviços destinados a combater-las sempre integrarão as unidades sanitárias que se criarem em qualquer região estadual. (SANTA CATARINA, 2001, p. 32)

As endemias rurais eram, portanto uma preocupação latente do governo catarinense, bem como o cuidado com os “infantes”. Todas essas ações do estado visavam articular um serviço de saúde que estivesse de acordo com os ideais sanitaristas de saúde da época, de forma que pudesse permitir “ao povo deste Estado aguardar, com sadia firmeza e patriótica solicitude, os destinos grandiosos do nosso país” (SANTA CATARINA, 2001, p. 32).

Mais adiante, a Revista fala sobre a recém construída Colônia Santa Teresa, destinada aos hansenianos e, logo em seguida, sobre a Colônia de Psicopatas⁵³, tema do presente trabalho. A Revista apresenta fotos da construção do Hospital, dados sobre a construção, a quantos pacientes era destinada, o formato, e a importância de tal empreendimento para o Estado (SANTA CATARINA, 2001, pp. 37-40).

⁵³ Posteriormente batizada Colônia Sant’Ana.

Conforme o Relatório do Interventor Nereu Ramos, em exercício na época, acerca do hospital. O estado contava até o momento apenas com o Hospital de Azambuja, particular, e o Hospício Oscar Schnider, municipal, e constata que nem um dos estabelecimentos possuíam estrutura necessária ou pessoal apto para lidar com os pacientes. O Interventor assinala a importância da construção de um Hospital específico para o fim de tratar dos doentes mentais:

Imperativo da assistência social elementar, portanto, a construção pelo poder público estadual dum estabelecimento onde os psicopatas sejam não apenas recolhidos e alimentados, mas tratados pelos processos científicos modernos. Com esse pensamento (...) adquiriu o governo, por cento e setenta contos de réis, no lugar Maroim, do Município de São José, extensa área de terras para a instalação dum hospital-colônia nos moldes sugeridos pelos que, com autoridade técnica para dizer, foram consultados e ouvidos. (RAMOS, 1938, apud SANTA CATARINA, 2002, p.37).

O hospital teria 32 leitos emergenciais distribuídos entre as enfermarias, destinados a partos e curativos. Os leitos nos pavilhões ficariam divididos entre “225 doentes calmos, 30 agitados, 30 sob regime de vigilância e 15 sórdidos”⁵⁴.

O Plano Hospitalar de 1941 analisado no primeiro capítulo enfatizaria anos mais tarde que o formato em Colônia era o mais aconselhável, dada a rentabilidade que conferia para o Estado. Em 20 de agosto de 1938, porém, a Colônia para Psicopatas de Santa Catarina já tinha lançado sua pedra fundamental, e a construção, dadas as proporções do terreno e do projeto, foi rápida, sendo terminada em novembro de 1941, pouco mais de dois anos depois.

O terreno se localizada a dezenove quilômetros da capital e a dois quilômetros da Usina Hidroelétrica do Maroim, localizada no distrito do Salto do Maroim, e o projeto foi elaborado pela Seção Técnica da Diretoria de Obras Públicas do Estado (AMORA, 2012, p.97).

O projeto pretendia ter capacidade para 300 doentes, e foi elaborado pelo arquiteto Paulo Motta, que era o responsável pela Seção Técnica acima referida. O diretor da obra foi o engenheiro Udo Dekke⁵⁵, e o prédio se dividia originalmente em cinco pavilhões. Os pavilhões eram ligados entre si por passagens cobertas (AMORA, 2012, p. 97), conforme é descrito no

⁵⁴ Sobre o significado dessas expressões médicas na época, podemos apenas conjecturar, já que as nomenclaturas variam muito de região para região, de modo que o significado de “sórdidos” nos é desconhecido. No caso dos agitados, somos levados a crer que se tratam de pacientes em surto, enquanto os “sob regime de vigilância” tratar-se-iam daqueles que necessitavam de observação. Talvez os sórdidos fossem os que permaneciam nas celas, mas, a partir das fontes analisadas e da bibliografia utilizada, nós só podemos supor.

⁵⁵ Segundo Ana Amora, Paulo Motta, chefe da Seção Técnica da Diretoria de Obras Públicas no período de 1936 a 1940, diretoria esta dirigida, no mesmo período, pelo engenheiro Udo Deeke. Portanto, eles estão envolvidos com todas as obras da Saúde Pública nesse momento histórico e, ainda, assinam algumas delas, como o caso do Colônia Santa Teresa, o próprio HCS e o Hospital Nereu Ramos, por exemplo.

relatório da Revista: “O projeto (...) prevê um hospital para 300 doentes, construído em vários blocos separados ligados entre si por passagens, permitindo a mais completa separação entre doentes calmos, agitados e os chamados sórdidos, agrupados conforme os sexos” (SANTA CATARINA, 2002, p. 37).

No relatório, o diretor segue indicando dados referentes às características da instituição. Ocupando um terreno vasto, o Hospital pavilhonado e misto contava com instalações capazes de fazer com que o doente fosse tratado integralmente na instituição, sem precisar sair dela para fazer exames, realizar procedimentos odontológicos e afins, e portanto, sem macular seu isolamento:

A Colônia Sant'Ana, construída pelo Governo do Estado, ocupa uma área coberta de 7,333,850 m². Seu custo foi de 2.862:434\$860. É composta de 5 pavilhões, para ambos os sexos, com instalações completas de: Laboratório, Raios X, Gabinete Dentário, Serviço Otorrino-laringológico, Bloco Cirúrgico, Serviço de Identificação, Serviço de Balneoterapia etc (FARIA, 1942).

Tanto o Hospital Colônia Santa Teresa quanto o Hospital Nereu Ramos obedeciam à mesma estrutura arquitetônica (AMORA, 2012, p. 98). Isso evidencia o que foi abordado no início do capítulo e elaborado por Ana Venâncio (2010) de que o hospital-colônia obedece a uma estrutura hospitalar e está muito mais preocupado com o tratamento médico dos pacientes que a colônia agrícola.

A estrutura pavilhonar foi bastante utilizada pelo Estado Varguista, embora fosse datada do século XIX. Conforme apontado no Relatório apresentado pelo Diretor do HCS em exercício em 1942 a Nereu Ramos e o livro de Ana Albano Amora (2012), o hospital possuía área construída de 10.925m² e o terreno se estendia por 1.700.000m². A obra só foi concluída de fato em 1943, com a construção de dois pátios, de uma oficina de tecelagem, o necrotério, sala de autópsia, pocilga, aviário e matadouro.

Outra parte da construção que é muito característica do hospital-colônia são as casas para empregados. Segundo Ana Venâncio,

A nova instituição fundamentar-se-ia, portanto, em dois alicerces básicos: a praxiterapia nas atividades agrícolas e a assistência heterofamiliar. Para esse segundo alicerce, a instituição concederia casas para alguns de seus empregados a fim de que os mesmos proporcionassem aos pacientes a oportunidade do convívio familiar (VENÂNCIO, 2011, p. 41).

Essa construção de casas para funcionários atende duas funcionalidades: uma é a já mencionada assistência heterofamiliar. A outra parte de um princípio prático. Como já foi

mencionado anteriormente, o local escolhido para abrigar o novo Hospital não era muito povoado. As pessoas contratadas para trabalhar lá, portanto, precisavam de instalações onde morar, já que vinham de outras localidades. Para este fim, o HCS contava com residências para seus funcionários;

Possui casas residenciais para diretor, médico auxiliar, Irmãs e administrador, do Pároco e para os funcionários. Possui além disto, padaria, garagem, almoxerifado em prédios destinados àquele fim. Tem serviço d'água e esgoto próprios. É iluminado com a mesma força da Capital (FARIA, 1942).

O Estado precisava, portanto, arcar com as consequências que a própria medida de isolamento por ele inferida gerou, construindo casas para os trabalhadores do hospital. No entanto, os gastos com os doentes eram contidos.

O fim do artigo da Revista de Propaganda do Estado e dos Municípios apresenta um discurso proferido por Ivo D'Aquino, o Secretário do Interior e Justiça do Estado, setor a que respondia o HCS, quando do lançamento da pedra fundamental do Hospital.

Para o Secretário, o Hospital não poderia dar fim ao problema da loucura no Estado.

Mas dentro da paisagem social brasileira, que ainda está longe de ser rica em semelhantes iniciativas⁵⁶, a Colônia de Psicopatas soluciona, com decoro para nossa cultura e consoante as nossas possibilidades financeiras, a face do problema, a cujo âmbito se tem até aqui limitado os mais adiantados Estados da Federação e o próprio Governo da República (d'AQUINO in SANTA CATARINA, 2002, p. 40).

Aqui vemos que o problema que seria anunciado anos mais tarde pelo Plano Hospitalar já constituía uma preocupação em 1938, que é a questão da produtividade e do mercado que eram afetados pela incapacidade⁵⁷ do psicopata. A Colônia poderia, portanto, livrar Santa Catarina de “situações constrangedoras” (d'AQUINO in SANTA CATARINA, 2002, p. 40). O Secretário exalta ainda o caráter dos “moldes técnicos mais modernos adotados no país”, bem como o arquiteto e o engenheiro responsáveis pela obra.

Um dos pontos mais importantes deste documento está na realização de “um imperativo da própria lei penal”:

Dispõe esta que não são criminosos os que, por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação, e os que se acharem em estado de completa perturbação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime. Mas acrescenta que os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado da afecção mental serão recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado

⁵⁶ O que seria evidenciado pelo plano Hospitalar Psiquiátrico de 1941.

⁵⁷ Termo legal.

mental assim o exigir, para segurança do público. Terá, pois, a Colônia de Psicopatas, para tocar esse objetivo, de incluir um pavilhão destinado ao manicômio judiciário (d'AQUINO in SANTA CATARINA, 2002, p. 40.).

Não fica evidenciado na documentação referente ao primeiro ano de funcionamento do hospital se tal pavilhão específico existiu, mas podemos inferir a partir de informações conseguidas por trabalhos realizados no Projeto Arquivos Marginais que os indivíduos reclusos à penitenciária que precisavam passar por exame psiquiátrico ou que eram diagnosticados com alguma patologia mental passavam pelo Hospital Colônia Sant'Ana (BORGES, 2013, p. 2).

O discurso do Secretário dá conta ainda de um duplo problema para o Estado Varguista: o louco era, a um só tempo, enfermo que precisava de cuidados e perturbador da ordem vigente, sendo sua reclusão um bem não só para si mesmo mas para a sociedade. O hospital poderia submetê-lo à condição humana racional e a uma “sujeição cristã” (Ibidem), cujos desígnios eram considerados os mais enobrecedores.

Construído amparado pela “ciência moderna”, exortada por esses políticos, médicos, arquitetos, engenheiros, nascia assim o Hospital Colônia Sant'Ana, cuja construção iniciada em 1938 se findou em 1941, ou pelo menos permitiu a inauguração, já que o aumento do prédio é constante até hoje, já que as demandas físicas de um hospital são inúmeras, para atender a demanda do estado inteiro.

2.2 Um moderno Hospital-Colônia: o primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana

Conforme vimos, fazia parte do projeto de Getúlio Vargas, quando da nacionalização imbuída em seu segundo governo, aquele que comumente chamamos de Estado Novo, a construção de uma rede de instituições de controle social por todo o Brasil. Nacionalizar, transformar o Brasil em mais Brasil, passava por higienizar, excluir, segregar: a ideia era criar um povo puro, forte, sem marcas ou desvios. Àqueles que não se encaixassem, a marginalização.

A partir do trabalho dos interventores, governadores que eram indicados pelo presidente para chefiar cada estado, Vargas foi responsável pela implementação de uma política de saúde pública que passava não só pela saúde mental, mas também pela purificação da sociedade. Em Santa Catarina, o responsável por essas políticas foi Nereu Ramos.

Indicado por Getúlio Vargas após o golpe do Estado Novo em 1937 e governando como tal até 1945 (RAUPP, 2010, p.44), Nereu Ramos perseguiu fortemente as aspirações de Getúlio de uniformização da nação, especialmente nas áreas do ensino e na saúde (VIANA, 2013, p.23). A perseguição a imigrantes foi fortíssima, especialmente no Vale do Itajaí, conforme já mencionado acima, e os investimentos na área da saúde não ficaram atrás.

Ao final de 1941, inaugurou-se o Hospital Colônia Sant'Ana, hospital psiquiátrico misto, ou seja, possuía pacientes em regime semiaberto e recluso⁵⁸, para homens e mulheres, localizado no município de São José, no distrito de Salto do Maruí, atualmente bairro Colônia Santana. Desde então a paisagem local mudou bastante, e o bairro cresceu. Em função do manicômio as redondezas foram ganhando mais e mais habitantes até se tornar o grande bairro que é hoje.



Figura 1: vista aérea do hospital e seus arredores, 2005. Acervo CEDOPE/IPq-SC.

⁵⁸ Essa informação pode ser verificada no Plano Hospitalar Psiquiátrico (1941) analisado no primeiro capítulo.



Foto 2: Vista Geral do Hospital Colônia Sant'Ana na década de 1940. Reprodução.⁵⁹

Conforme colocado anteriormente, os hospitais psiquiátricos que haviam no estado antes da criação do HCS eram locais pequenos, suportavam uma demanda baixa, e não estavam ligados à rede pública estadual de saúde. Infelizmente há poucas informações além daquelas já abordadas sobre ambos os locais. O que sabemos é que, quando da criação do Hospital Colônia Sant'Ana, estes hospitais foram fechados, e os pacientes daqueles foram transferidos para este. Desses locais, vieram 165 pacientes.

Sabemos também que o Hospício Azambuja, filiado à Santa Casa de Misericórdia Azambuja era comandado pelas freiras da Irmandade da Divina Providência, que foram trazidas para o Hospital Colônia Sant'Ana para auxiliar nos cuidados dos doentes. A presença dessa irmandade em Santa Catarina é bastante forte. Com formação focada principalmente na educação e em cuidados de enfermagem a doentes, estão presentes em hospitais e escolas espalhados pelo estado, como o Colégio Santa Rosa em Lages, o Hospital de Caridade e o Colégio Coração de Jesus, ambos de Florianópolis, e o já citado Asilo Azambuja (CARMO, 2012). Quando o HCS foi fundado, as freiras que atuavam no Azambuja foram transferidas para trabalhar no novo Hospital.

⁵⁹ Retirado do livro de Ana Amora, “História da Saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958).

Catarina Lisboa do Carmo (2012), em seu trabalho de conclusão de curso, afirma que as primeiras freiras da Irmandade foram para as cidades de Tubarão e Laguna. Depois, assumiram o Hospital de Caridade de Florianópolis. E em 1902 assumiram o Asilo Azambuja, em Brusque, que funcionava não apenas como asilo de loucos, mas de idosos e hospital geral (2012, p.44). “A história das Irmãs da Congregação da Divina Providência em Santa Catarina se confunde com a colonização alemã no Estado. Apesar dos alemães serem conhecidos por sua religião protestante, no início da colonização alemã no Estado vieram alguns católicos” (CARMO, 2012, p. 43).

A laicização do Estado efetivada a partir dos ideais positivistas no fim do século XIX vai se manter em Santa Catarina até a entrada de Vargas no poder. No entanto, a presença católica das Irmãs e outras congregações nos colégios frequentados pelas elites, ao mesmo tempo que permanece empreendendo trabalhos de caridade frente às classes menos privilegiadas. Com Vargas, a relação entre Igreja e Estado retorna, não como uma obrigatoriedade do Estado, mas como uma espécie de fio condutor dos valores morais a serem privilegiados pela política brasileira da época (CARMO, pp. 48-49).

A presença dessas religiosas no Hospital é motivo de contrariedades discursivas. Na memória da enfermagem psiquiátrica atuante no HCS elas aparecem, de forma geral, como pessoas difíceis de trabalhar. Esses discursos aparecem não só no trabalho de Catarina do Carmo, mas também na tese de Eliani Costa (2012), que analisa as falas dos enfermeiros do HCS entre 1971 e 1981. A partir das entrevistas e da análise efetuadas pela autora, contraditórias e nem sempre consonantes, ora identificando as freiras como senhoras tranquilas que transmitiam paz à instituição, ora descritas como barreiras ao progresso técnico do cuidado médico, verificamos que a atuação das freiras pôde ser percebida como algo traumático por alguns pacientes, já que sua atuação era, muitas vezes autoritária. Além disso, a questão moral religiosa influenciava no tratamento e na convivência com os pacientes (KOERICH, 2008, pp. 81).

No entanto, a presença dessas Irmãs não é assinalada no Relatório. Na realidade, além do Diretor, um médico auxiliar, um carpinteiro e um pintor, nenhum outro profissional do Hospital é mencionado no Relatório. Aparece apenas a preocupação em criar moradias para esses profissionais, mas nada aparece acerca de seus salários, sua contratação, sua atuação ou como funcionava a divisão de tarefas entre os empregados do Hospital.

O que se pode inferir, a partir da bibliografia, notadamente os trabalhos de História da Enfermagem⁶⁰ é que, além das freiras, o Hospital possuía dois médicos em exercício e os chamados “práticos”, que, na falta de enfermeiros formados, faziam as vezes de enfermeiros na medida em que lidavam diretamente com os pacientes, administrando medicação e outros tratamentos, mesmo que não tivessem a formação necessária para isso⁶¹. Esses profissionais não possuíam formação porque os primeiros cursos de enfermagem só surgirão no estado a partir da década de 1950 com a criação da Universidade Federal de Santa Catarina (KOERICH, 2008, p. 26).

Quanto à escolha do local, já havia um hospital nas redondezas: o Hospital Colônia Santa Teresa, destinado aos hansenianos, na época chamados de leprosos, situava-se no município vizinho, São Pedro de Alcântara, propositalmente inserido em área rural pouco povoada⁶² (SILVA, 2001, p. 26). Segregação física, pelo isolamento, pela distância e pelas barreiras naturais, comum a esse tipo de hospital – esconder o louco, desencorajar sua fuga, jogá-lo no ostracismo. Além disso, a área eminentemente rural apresenta-se como uma ótima alternativa para a proposta de um hospital colônia.

Conforme já apontado, o formato colônia também possibilitava que o hospital gerasse o mínimo de ônus ao estado: já que os pacientes produzem o alimento que eles próprios consumirão, os gastos do estado com a alimentação dos internos serão menores – algo que gerará condições de trabalho análogas à escravidão, comum nas colônias. A ideia de que as colônias atingissem autossuficiência através do trabalho dos pacientes parecia “unir o útil ao agradável”. Enquanto os internos são curados, ainda oferecem uma “folga” para os gastos do Estado. Assim, “o louco, que constituía até então um ônus sobre os ombros do governo ou da família, seria de alguma forma reintegrado a um circuito produtivo e arcaria com o custo da sua própria subsistência” (CUNHA, 1986, p 70).

⁶⁰ Ver COSTA, 2012 e KOERICH, 2008.

⁶¹ Sobre isso, há um banco de dados no acervo do CEDOPE/HCS-IPq-SC com 36 entrevistas com profissionais da enfermagem que, dentre outros assuntos, abordam a questão da falta de preparo destes primeiros profissionais no tratamento dos pacientes. Uma série de trabalhos na área da enfermagem foram realizados que trazem essa discussão, notadamente o trabalho da Dra. Eliani Costa, intitulado “Hospital Colônia Sant'Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)”, onde a autora trabalha com forma como a entrada da enfermagem profissional no HCS foi fundamental para as mudanças empreendidas nos tratamentos a partir da década de 1970. Para isso a autora utiliza essas entrevistas mencionadas.

Viviane Borges (2012) atenta para os cuidados que é preciso ter ao lidar com a questão dos Hospitais Colônia como tentativa de reduzir custos. A autora evidencia que, sim, havia uma preocupação do Estado em gastar o mínimo possível, e a produção agrícola dentro do hospital tinha também esse intuito. Isso pode ser confirmado já na documentação analisada no primeiro capítulo. A Divisão de Saúde Mental declarava, no Plano Hospitalar Psiquiátrico, que o modelo adotado pelo Estado brasileiro deveria ser o hospital-colônia, por ser menos dispendioso. Porém, devemos assumir que havia, sim, uma finalidade terapêutica regenerativa nesse discurso (BORGES, 2012, p. 54). A praxiterapia como discurso médico aparece diversas vezes na documentação, como pôde ser verificado no decorrer deste trabalho.

Não se trata de extirpar o fator econômico da escolha do modelo, mas de levar em consideração esses dois pontos, que se interligam no momento de justificar o modelo. A referida preocupação com o custo dos doentes para o Estado é mencionada logo nas primeiras linhas do relatório oficial do diretor administrativo do HCS ao Interventor.

Tão logo assumimos a direção da Colônia Sant'Ana procuramos introduzir no aparelhamento administrativo uma feição e trabalhos cujos resultados estivessem mostrando, a cada momento, os seus efeitos, proporcionando à direção uma visão de confronto no vasto panorama a examinar, para que pudéssemos assim determinar medidas que julgássemos necessárias ao bom andamento da máquina administrativa (FARIA, 1942).

Percebemos aqui que havia uma forte preocupação com despesas, no que o formato Colônia se tornaria um grande alívio para os gastos públicos. Havia um controle rígido do que era gasto com os pacientes e o relatório apresenta várias páginas dedicadas a mencionar cada paciente, um por um, uma por uma, e evidenciar a quantia gasta com cada um.

Assim nós poderemos dizer, como adiante se evidencia, quanto nos custou o nosso doente em geral e em cada setor do nosso Hospital, e ainda mais, saber quando nos custa cada doente por mês e quanto custou cada doente até qualquer data determinada, incluindo-se neste computo todas as despesas ligadas diretamente à vida do doente dentro do Hospital (FARIA, 1942).

A ideia era, portanto, formular um levantamento que fosse capaz de mostrar ao governo que havia organização e eficiência na administração do dinheiro, bem como planejar os gastos futuros com base no que se tinha observado então. A preocupação com a autossuficiência do hospital ocupa boa parte do relatório. O diretor salienta repetidas vezes que se faz necessária a construção de um ou outro setor a mais, de forma que o Hospital tenha pleno funcionamento. “Em breve teremos um aviário”, “Acha-se em construção um prédio apropriado para o matadouro” e assim por diante.

Mas não apenas as preocupações econômicas se evidenciam no Relatório. “Assim, pode V. Excelência verificar que, aos poucos, nós vamos cooperando para que, não muito longe, o nosso serviço honre a iniciativa de V. Excia. e proporcione ao nosso doente maior bem estar” (FARIA, 1942). Era necessário fazer uma série de reformas no hospital não apenas para honrar a despesa estatal com sua criação, mas para proporcionar ao internado mais conforto e possibilidades de retorno à sociedade.

Quanto ao público atendido pelo hospital, o diretor evidencia que “todos os municípios do estado forneceram doentes”. Além desses, os primeiros pacientes internados vieram dos dois hospitais psiquiátricos filantrópicos mencionados anteriormente, Oscar Schnider e Azambuja, totalizando 165 pacientes, doentes crônicos que, segundo o relatório, estariam internados nesses estabelecimentos até a mais de dez anos. O interessante é que não há, no relatório, menção mais detalhada acerca das freiras ou dos outros funcionários, além de tabelas não preenchidas demonstrativas dos documentos em circulação pelo hospital.

Foram admitidos durante o primeiro ano de funcionamento 309 internos, sendo 173 homens, 165 adultos e 8 crianças, e 136 mulheres, 124 adultas e 12 crianças⁶³. Dentre os 174 homens, 17 receberam altas, 14 evadiram e 6 faleceram. Além desses, 17 licenças foram conferidas, o que totalizou, entre os homens, um total de 54 saídas – divididas entre 53 adultos e uma criança. Das 17 licenças concedidas, 5 foram concluídas, e dos 14 evadidos, 13 foram capturados novamente pela instituição, totalizando 18 regressos.

Entre as 136 mulheres, 16 receberam altas, 3 licenças foram conferidas, 3 evadiram, 5 faleceram, o que totaliza um total de 27 saídas – todas adultas. Apenas uma licença foi concluída, e todas as mulheres que evadiram foram capturadas novamente, totalizando 4 regressos.

Acerca da nacionalidade, é importante observar a alta porcentagem de descendentes de teuto-germânicos e italianos. Sobre esse assunto, são notáveis as taxas de imigrantes ou descendentes destes internados; relatos de suicídio e de depressão não são raros. Em ambos os casos as dívidas e a frustração frente à promessa de uma terra de fartura que não foi realizada, ou seja, a confrontação com uma realidade que não correspondia à expectativa, por vezes a

⁶³ Sobre as crianças admitidas na instituição, ver os trabalhos de Conclusão de curso (2013) e de mestrado (2015) de Bruna Viana.

fome e a morte, levavam números representativos dessa população à loucura – algo que se expressa na internação.

A faixa etária, segundo Agripa, ia dos 19 aos 39. “Idade: Predomina, como é razoável, a idade de 19 a 39, época da eclosão das psicoses! O quadro nr. [sem número] evidencia tal afirmação”. Porém, conforme apontado por Bruna Viana (2013), havia, junto com esses adultos, alguns menores de idade na instituição. No ano de 1942, havia um total de 20 crianças, entre os 309 internos do Hospital Colônia Sant’Ana. Porém esses números não são apresentados no resumo escrito do relatório – ficam restritos às longas tabelas.

Idade dos 309 psicopatas admitidos durante 1942

Idade	Homens	Mulheres	Total	Índice (%)
De 5 a 19	14	15	29	9,38
De 20 a 29	39	32	71	22,97
De 30 a 39	56	40	96	31,06
De 40 a 49	34	25	59	19,09
De 50 a 59	22	15	37	11,97
De 60 a 69	8	6	14	4,53
De 70 a 79	-	3	3	0,97
Soma	173	136	309	99,97

Tabela 1⁶⁴

Outras características desses pacientes apresentadas no resumo são profissão e cor. Quanto às ocupações dos pacientes, predominam as domésticas e os lavradores, as primeiras principalmente vindas de áreas urbanas, e os últimos de áreas rurais. Sobre a cor, “a raça branca paga por alto tributo, entrando com 87,05% para a soma de 309 doentes internados, vindo depois a preta com 8,05% e a parda”. É preciso salientar que, sendo mais da metade desses pacientes provenientes de instituições particulares da região do Vale do Itajaí, e esses números são expressão dessa procedência.

Cor dos 309 psicopatas admitidos durante o ano de 1942

⁶⁴ FARIA, Agripa. Relatório do primeiro ano de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana.

Cor	Homens	Mulheres	Soma	Índices (%)
Branca	146	123	269	87,05
Parda	12	3	15	4,85
Preta	15	10	25	8,09
Soma	173	136	309	99,99

Tabela 2⁶⁵

Essas informações eram conseguidas logo da entrada do paciente na instituição. Na portaria, “ao chegar o doente é verificado si o processo de internação está devidamente legalizado, preencherá a folha de informações sobre o doente, por intermédio de uma pessoa que deve acompanhar o doente, caso não venha o doente acompanhado de uma pessoa capaz de responder os quesitos, será remetida a família uma circular”. Portanto, logo na entrada no hospital o doente já será fichado e assim sua entrada registrada.

Na falta de acompanhamento, uma ficha era encaminhada à prefeitura da cidade de onde vinha o paciente, pedindo que o prefeito contatasse a família do internado para que as informações fossem cedidas à instituição.

A folha de informações mencionada acima consistia de uma ficha com um questionário acerca da vida do paciente e que foca principalmente nos antecedentes familiares. Como veremos no próximo capítulo, a preocupação com a prevenção e com a influência da hereditariedade nas doenças mentais e na sua proliferação era ponto sensível no discurso do diretor.

Perguntas como “Os pais são vivos?”, “Sofriam de alguma doença?”, “Quantos irmãos mortos e de que causa?”, “Algum aborto?” preenchem o formulário e dão-lhe um caráter bastante eugenista. A preocupação em vasculhar o histórico de doenças mentais na família fica evidente e faziam parte do projeto de saúde que pretendia extirpar daquela sociedade os exemplos de degeneração.

Nossa tibieza, nosso desalento doentio, nosso sentimentalismo mórbido impedindo de se por em prática, aos poucos, as medidas sancionadas pela ciência, põe-nos em situação de grande inferioridade. É imprescindível que saíamos deste marasmo para que possamos fechar o circuito de atividades da higiene e profilaxia mentais, procurando dar amparo às ideias modernas sobre o assunto, quais sejam as baseadas nos conhecimentos sobre os problemas de hereditariedade das doenças mentais. O círculo enorme que abrange a higiene mental só pode ser atingido por estalões e as

⁶⁵ Idem.

medidas para serem postas em prática, drasticamente, não surtiram efeito, por isto que nós não estamos preparados para tanto nem nas capitais (FARIA, 1942).

O Diretor Agripa Faria, a partir de sua carta ao Interventor, não apenas demonstra quais as necessidades práticas do Hospital, mas evidencia que, para que a obra do Estado fosse completada, era necessário que se observasse os padrões eugênicos e que se começasse a empreender essa cadeia de ações, como o exame pré-nupcial, o exame escolar, pré-escolar, apontados também pelas páginas da Revista de Propaganda do Estado.

Era necessário que cada ano déssemos mais um passo firme, em um sentido, cuja orientação obedecesse a um plano. O segundo passo seria colocar o nosso hospital dentro das exigências do plano - isto é - manicômio, assistência hetero familiar, patronato-agrícola-fabril, completando a instalação do ambulatório de higiene mental em ligação interna com a Saúde Pública e mais, com uma vasta autonomia para que ele pudesse não fazer, mas preparar, por uma campanha sabiamente orientada, o terreno para a execução de uma obra eugênica e autêntica, que viesse pôr em foco cada dia, o seu valor (FARIA, 1942).

Portanto, a Saúde Mental, em Santa Catarina, segundo a ideia de Agripa Faria, não deveria se findar com a criação do Hospital Colônia Sant'Ana. Conforme já apontado, até o presente momento da pesquisa não foi possível acessar fontes que indicasse que tais anseios foram atendidos pelo Interventor Nereu Ramos. No entanto, para fins de compreender o discurso institucional, os anseios expressos pelo diretor no Relatório são bastante elucidativos da política vigente em saúde mental e do projeto de cerceamento dessa população atribuída à psicopatia. No projeto de Agripa, as instituições funcionam de mãos dadas e harmonicamente:

Aos poucos ia o ambulatório executando seu programa ativo e ao mesmo tempo ia preparando o amplo, difícil, mas necessário campo, onde se fossem praticar as medidas eugênicas. Assim, enquanto os problemas enumerados (1 a 12) eram iniciados, numa campanha serrada, pela imprensa, pelo rádio, em cartazes e boletins ia o ambulatório fichando as famílias catarinenses num serviço perfeito, para que a ampliação dos nossos serviços e a sua especialização como seja a construção de um pavilhão para crônicos, para pensionistas, um isolamento, o manicômio judiciário, casas para assistência heterofamiliar e patronato para oficinas em geral, são medidas que vem complementar o aperfeiçoamento do nosso serviço.

Alguns desses projetos não foram executados. Outros, só anos mais tarde apareceriam, como é o caso do Manicômio Judiciário, construído apenas na década de 1970 (BORGES, 2013, p. 2). No entanto, ter acesso a esse discurso nos permite compreender como a profilaxia mental se exerceria.

As oficinas, a assistência heterofamiliar, como pontos de passagem, representam um avanço notável em serviços desta natureza e a sua falta é lacuna grave. Uma visão de conjunto sobre o problema no Estado, vem pedir uma orientação segura para a prática de medidas eugênicas que serão adotadas em breve no Brasil. O caminho ao doente mental e a obra do Governo neste fator exigem que tenhamos em mente conservar com especial cuidado as nossas instalações e ao mesmo tempo proporcionar, com o trabalho do doente o seu próprio conforto, daí necessitamos de incentivar a nossa

produção e conservar as nossas instalações para o que é justo uma verba orçamentária para isto (FARIA, 1942).

É importante frisar novamente que não apenas a questão do gasto ou mesmo da purificação da sociedade nortearão esse projeto. Agripa Faria ressalta várias vezes a necessidade de criar espaços em que o doente se sinta confortável, que se criem as estruturas necessárias para que ele possa retornar ao convívio social. É evidente sua preocupação com o real propósito de um hospital-colônia: regenerar, pelo trabalho, indivíduos que não se encaixam na lógica produtiva e moral da época. Para isso, as medidas eugênicas deveriam ser aliadas à assistência heterofamiliar e às mais variadas oficinas, possibilitando a recuperação do psicopata e a autogestão do hospital.

O Relatório apresenta lacunas que não permitem perceber o fluxo de funcionários nem as formas de tratamento que extrapolavam o trabalho. Nem mesmo a questão do trabalho parece bem especificada. Pouca coisa em termos de números de produção aparece no relatório. Além disso, nenhuma menção à insulino-terapia e ao eletrochoque são feitas, apesar de, no ano corrente do relatório, essas práticas já serem feitas dentro do espaço hospitalar. A única coisa que o diretor menciona acerca do tratamento é que

Seguimos em todos os casos os processos clássicos de tratamento, fazendo somente o que a ciência confirmou como eficiente. Estamos em casa caso nos orientando dentro de uma escola onde a ciência e o bom senso representam a diretriz a executar e daí não nos desviaremos.

Não há sequer menção de onde essas terapias eram aplicadas. Em tese, deveria haver uma sala específica para a aplicação de cada uma delas, numa enfermaria específica. Se havia um espaço destinado tão somente a essas práticas, isso não podemos inferir a partir do Relatório.

Tampouco aparece no Relatório uma preocupação com os diagnósticos. Em nenhum momento é feito um levantamento dos diagnósticos dos 309 pacientes internados em 1942. A partir da tabulação de dados feita pelo CEDOPE/HCS/IPq-SC, podemos inferir algumas questões acerca disso. Esses diagnósticos foram levantados a partir dos prontuários mantidos no acervo do CEDOPE. Das caixas já catalogadas, dez possuem prontuários de pacientes internados em 1942. Os prontuários encontrados na tabela somam 188⁶⁶. O diagnóstico mais

⁶⁶ Em 2012 os prontuários foram digitalizados através de um projeto da Secretaria de Saúde que previa a digitalização dos prontuários de todas as instituições de saúde e seu armazenamento físico em um grande depósito, aos cuidados de uma empresa terceirizada. No HCS a direção optou por permanecer com os documentos físicos sob sua guarda.

encontrado são os variados tipos de esquizofrenia, totalizando 111 pacientes. Os outros possuem números bem menos representativos, como pode ser visto na tabela abaixo.

**Diagnósticos encontrados nos 188 pacientes cadastrados no Banco de Dados do
CEDOPE/HCS/IPq-SC**

Diagnóstico	Número de Pacientes diagnosticados
Psicose Maníaco Depressiva	17
Esquizofrenias	111
Paralisias	5
Epilepsia	16
Encefalopatia infantil	5
Demências	3
Personalidade psicopática	5
Débil mental	2
Neuroses	2
Delírio alcoólico	2
Oligofrenia	16
Seligofrenia	2
Psicoses	6
Alcoolismo	2
Formas maníacas	1
Síndrome anamnésia	1
Sensibilidade mental	1
Imbecilidade	1

Tahes	1
Psiconeurose	2
Temperamento epilético	1
Paranoia	1
Confusão mental	1
Psicopatia	1
Não alienado	1
Não identificado ⁶⁷	21

Tabela 3.

Importante frisar que a nomenclatura “alienado” não era mais aconselhada pelos parâmetros nacionais de Saúde Mental verificados na legislação e no Plano Hospitalar analisados no capítulo anterior, mas que, no entanto, a nomenclatura segue sendo usada, conforme o que pode ser visto na tabela acima. Podemos ver, também, que alguns diagnósticos são imprecisos, como “confusão mental” e “sensibilidade mental”. O número de diagnósticos não preenchidos ou não identificados também é alto.

O Relatório de funcionamento de 1942 nos deixa entrever uma série de questões importantes acerca da implementação da política de Saúde Mental no estado catarinense. A partir deste documento, aliado à análise de legislação e do Plano Hospitalar Psiquiátrico, demonstram a preocupação do Estado com a incapacidade jurídica do louco, além da preocupação com a produção. O caráter eugênico e de controle social da instituição, nas palavras de Agripa Faria, evidenciam a ideia de que o controle social não passa apenas pelos meios institucionais, nem parte diretamente do Estado, mas que, como o próprio poder e o discurso, circulam.

O texto de Agripa demonstra como a gestão da população em seus mais minuciosos aspectos, desde a saúde pública até a convivência escolar se confundia com a saúde pública e a

⁶⁷ Alguns diagnósticos estão ilegíveis ou não foram preenchidos.

psiquiatria, patologizando comportamentos, institucionalizando sujeitos, segregando-os e colocando-os sob regime de trabalho moralizante.

Considerações Finais

O presente estudo trata dos primeiros anos da institucionalização da loucura no estado de Santa Catarina através da análise dos discursos vigentes que se encadearam e resultaram na criação do Hospital Colônia Sant'Ana, contribuindo para problematizar as intenções do Estado com a internação do paciente mental. Intencionou-se compreender em que contexto político isso ocorreu e em que estava amparada legalmente esse movimento, a partir do estudo da documentação disponível.

Pudemos perceber que a política institucionalizante de Vargas valorizava bastante a área da saúde. No entanto estava alicerçada na manutenção da ordem e na criação de um ideário nacional de força e de pureza que passava pela eugenia. Assim sendo, as políticas implementadas ao longo do território nacional foram por vezes excludentes e segregacionistas. Em Santa Catarina não poderia ser diferente, o que fica evidenciado no relatório e na legislação aqui analisados.

Para Vargas, a necessidade de unificar a política brasileira era primordial, mesmo que essa unificação não tenha se dado de maneira homogênea (FONSECA, 2007, p. 28; GOMES, 1988, pp. 205-206). Com discursos que iam de encontro à anterior política do café-com-leite, sua ideia era “botar ordem” na República, e para isso precisava de um povo patriota, alfabetizado, militarizado e imaculado. Além disso, necessitava de trabalhadores, e isso se revela nas iniciativas de regulamentação das leis trabalhistas e no ensino técnico e voltado ao trabalho presente nas escolas normais, além, é claro, do enfoque no trabalho nas prisões. Conforme pudemos verificar, tal período é marcado pela criação de instituições de controle, como penitenciárias e hospitais. Além disso, é marcado pela obrigatoriedade do ensino básico, da criação de escolas públicas, o que revela o caráter disciplinador de tal governo.

Vimos que as instituições se voltavam para disciplinar os corpos a partir do trabalho, e a gestão da população estava ligada à criação de uma mentalidade positivadora da produção. Portanto, não se trata aqui de verticalizar o discurso do Estado, como se este controlasse os indivíduos nele inseridos, mas de observar que as enunciações acerca da ideologia do trabalho e da produção circulavam entre a população. O controle social acontece para além da instituição, constitui peça central para compreender não só como o Estado se valeu dos discursos como também a forma como os sujeitos os viveram.

Vimos que fazia parte do projeto do Estado, a partir do Plano Hospitalar, criar uma rede de hospitais e outras instituições que pudessem administrar e conter as pessoas e os comportamentos tidos por anormais, e que a legislação conferia não apenas ao Estado mas aos profissionais da saúde e da justiça a escolha de internar ou não os sujeitos. Vimos ainda que a psiquiatria, ciência recente no Brasil, não figurou, num primeiro momento, o papel principal nessas instituições. O sanitarismo foi protagonista nessas políticas de Saúde Mental, ligadas à concepção de Saúde Pública da época - excludentes, eugenistas e higienistas.

Pudemos ainda fazer breves apontamentos acerca da forma como essa política atingiu Santa Catarina a partir da criação do Hospital Colônia Sant'Ana, inicialmente observando o plano para a Saúde Pública no estado, observando as semelhanças com os planos nacionais e analisando o projeto de criação de uma rede de instituições de saúde e de controle que pudessem esquadriñar todos os comportamentos e mazelas indesejáveis e oferecer a devida assistência aos indivíduos que os apresentassem. Foi possível, ainda, fazer um breve perfil dos internos do HCS em 1942, bem como as concepções de psiquiatria presentes no Hospital a partir do texto escrito por Agripa Faria, diretor em exercício na época. Por essa documentação, pudemos perceber que os propósitos do Estado estavam ligados não só a princípios declaradamente eugênicos como a princípios morais, e que, para isso, o formato do Hospital funcionaria, segundo sua ideologia, muito bem.

O levantamento feito a partir do Relatório de Funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana de 1942, suscitou inúmeras questões. As possibilidades de pesquisa oportunizadas por esta documentação são inúmeras, especialmente se aliadas a outros tipos de fonte, como jornais, prontuários e outros tipos de documentação de circulação interna do Hospital. Questões de gênero, raça e relacionadas à imigração podem e devem ser analisadas por trabalhos futuros e de outros pesquisadores. A pesquisa em história relacionada ao campo da saúde mental tem muito a dizer sobre a constituição de concepções sobre a loucura que reverberam até a atualidade. Certamente a pesquisa aqui proposta lança as bases para novos e mais complexos estudos, sob os quais desejamos nos debruçar em um futuro próximo.

Pudemos perceber que a questão do trabalho era cara ao governo e à direção do hospital, não apenas enquanto possibilidade de regeneração mental e moral, mas também porque o louco representava um ônus na produção e, às vistas do Estado, trazia máculas à economia nacional. Tratado juridicamente como incapaz, no entanto, seus bens deveriam ser tutelados, não tendo

ele possibilidade de falar por si mesmo, cercado pelas redes institucionais, seu corpo e atitudes classificados e presos ao discurso médico e jurídico.

Pudemos perceber, ainda, que, dentro dos preceitos de modernização da época, era importante a construção de um espaço considerado adequado e específico para o controle e o tratamento dos loucos, já que as duas instituições que existiam anteriormente, tanto o Hospício Oscar Schnider quanto o Asilo Azambuja não davam conta da demanda estadual. Vimos, além disso, que o modelo escolhido para a política nacional de saúde mental foi o hospital-colônia, instituição que aliava o tratamento médico e a estrutura hospitalar com o tratamento moral e laboral pela atividade agrícola. Discutimos ainda a importância desse modelo para os cofres públicos do Estado, o que pôde ser analisado a partir do Plano Hospitalar Psiquiátrico e pelo Relatório de Funcionamento de 1942.

As preocupações com os pacientes mentais estavam ligadas, ainda, a uma concepção de saúde pública própria do sanitarismo, que, a partir da biomedicina e dos exames anatomopatológicos, buscavam esquadrihar os comportamentos relacionados a determinados grupos sociais, notadamente a população de baixa renda, alvo da maioria das políticas sociais da época, sejam elas na área da saúde ou não.

Mas não apenas dos aspectos biomédicos ou anatomopatológicos era feita a psiquiatria em Santa Catarina nessa época. O comportamento precisava ser moldado, as crianças, educadas; as fofocas, contidas; a moral cristã, absorvida; a pornografia, combatida. A produção de todo jornais e literatura deveria ser regulada, e a necessidade de criação de órgãos reguladores dos casamentos e da catalogação das famílias aparece como preocupação bastante reforçada no texto de Agripa Faria.

O Hospital Colônia Sant'Ana tornou-se, na década de 1990, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Local de embates constantes, ainda hoje é marcado pela história construída desde 1941, ano de sua criação. A não ser por quem tem relação direta ou indireta com o Hospital, a instituição ainda é chamada por muitos de Colônia Sant'Ana, que tornou-se inclusive o nome do bairro após a inauguração do Hospital. Compreender a história desse local é não só compreender a história da institucionalização da loucura em Santa Catarina como também compreender as transformações urbanas ocorridas nessa região da Grande Florianópolis.

Importante para a psiquiatria e áreas afins de Santa Catarina, o Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina é cenário e motivo de embates e de discussões relevantes sobre a Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina. As dificuldades de implementar a Lei da Reforma Psiquiátrica são uma realidade de todo o país, e em Santa Catarina não tem sido diferente. Resistência por parte de profissionais, familiares de pacientes e as permanências de séculos de segregação que necessitam de mais tempo para ser completamente assimiladas pela população. A falta de uma discussão mais ampla sobre a institucionalização da loucura também se faz sentir quando dos estigmas que os indivíduos em sofrimento psíquico ainda carregam. No antigo Hospital Colônia Sant'Ana, atual IPq-SC, mesmo com as rupturas ocorridas a partir da extinção da prática do eletrochoque, da humanização do tratamento e das melhorias físicas da instituição, bem como a contratação de profissionais capacitados e implementação de concursos, as permanências são visíveis a qualquer um que tenha a oportunidade de conviver com tal ambiente hospitalar.

Referências Bibliográficas

Fontes

FARIA, Agripa. **Relatório de Funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana**. 1942. Acervo Cedope/HCS/IPq-SC.

BRASIL, **Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927**. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Coleção de Leis do Brasil, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1927, p. 476.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 14 jul. 1934. Seção 1, p. 14254.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **Plano Hospitalar Psiquiátrico: sugestões para a ação supletiva da União**. Rio de Janeiro. Arquivo Gustavo Capanema, série Ministério da Educação e Saúde, Saúde e Serviço Social; GCh 34.08.03/II-14. (Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil). s.d.

CEDOPE. **Tabulação de Dados acerca dos Pacientes do Hospital Colônia Sant'Ana (1941-1970)**. Acervo Cedope-HCS/IPq-SC.

SANTA CATARINA: revista de propaganda do Estado e dos Municípios. – n. 1, 1939. Edição Facsimilada/Governo do Estado. Florianópolis, Governo do Estado, 2002.

Bibliografia

ALVAREZ, Marcos César. **Controle Social: notas em torno de uma noção polêmica**. São Paulo: São Paulo em Perspectiva, 18(1): 168-176, 2004.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMORA, Ana M. G. Albano. **História da saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico (1808/1958)**. Barueri, SP: Minha Editora; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 39-88.

AREND, Sílvia Maria de Fávero. **Filhos de Criação: uma história dos menores abandonados no Brasil (década de 1930)**. Rio Grande do Sul, 2005. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BORGES, Viviane. **Arquivos Marginais: Crime e Loucura em Santa Catarina (1930-1970)**. Anais do XXVII Simpósio Nacional de História. Natal: ANPUH, 2013.

Disponível em

<http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1370208051_ARQUIVO_ArquivosMarginais-anpuh.pdf>. Acesso em 30/10/2015.

BORGES, Viviane Trindade. **Do esquecimento ao tombamento: a invenção de Arthur Bispo do Rosário**. 232 f. Tese (Doutorado) - Ufrgs, Porto Alegre, 2010.

_____. **Loucos nem sempre mansos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2012.

_____. **Arquivos Marginais: Crime e Loucura em Santa Catarina (1930- 1970)**. Anais do XXVII Simpósio Nacional de História. Natal: ANPUH, 2013. Disponível em <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1370208051_ARQUIVO_ArquivosMarginais-anpuh.pdf> Acesso em 15/11/2015.

_____. **Um 'depósito de gente': as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na Assistência Psiquiátrica em Santa Catarina (1970-1996)**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos (Impresso), V.20 n.3.2013.

_____. **Nem loucos, nem sãos, “tipos à parte”: arquivos, crime e loucura em Santa Catarina (1930 – 1970)**. Revista Latino-Americana de História, América do Norte, v. 3, nº 12, 2015. Disponível em: <<http://projeto.unisinos.br/rla/index.php/rla/article/view/479/457>> Acesso em 24/11/2015.

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

CARMO, Catarina Lisboa. **Vozes em trânsito: um estudo sobre o agenciamento de diferentes discursos acerca da presença das irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Sant'Ana (1941-1985)**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - UDESC, Florianópolis, 2012.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque**. São Paulo: Ed. da UNICAMP, 2001. SANTOS, 1992.

COLUCCI, Sandra Regina. **Mães, Médicos e Charlatães: Configurações culturais e múltiplas representações dos discursos médicos-sanitaristas (São Paulo: 1920-30)**. ANPUH – XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.1352.pdf>>. Acesso em 17/11/2015.

COSTA, Eliani. **Hospital Colônia Sant'Ana: O saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)**. 2010. 299 f. Tese (Doutorado) - Ufsc, Florianópolis, 2010.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 217 p.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FACCHINETTI, Cristiana et al. **No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.733-768. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/31.pdf>>. Acesso em 25/11/2015.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história**. Hist. cienc. Saúde - Manguinhos, 2010, vol.17, supl.2, pp. 527-535. Disponível em <<http://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/18787>>. Acesso em 15/11/2015.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. **Histórico**. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=73>. Acesso em 25/11/2015.

FENELON, Sandro. **Primeira Faculdade de Medicina do Brasil**. Disponível em <<http://www.imaginologia.com.br/dow/Primeira-Faculdade-de-Medicina-do-Brasil.pdf>>. Acesso em 25/11/2015.

FERLA, Luís. **Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945)**. São Paulo: Alameda, 2009.

FERNANDES, Flora. **História da Psiquiatria no Brasil**. Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/historia-da-psiquiatria-no-brasil>

FONTOURA, Arselle de Andrade da. Por entre luzes e sombras: Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço de loucura. 1997. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Ufsc, Florianópolis, 1997.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. BARCELOS, Artur H. F. & BORGES, Viviane Trindade Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital-Colônia Itapuã. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, 2003, vol.10, suppl.1, p.397-414.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. **A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de novembro de 1970**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1990.

GOMES, Ângela de Castro. **A invenção do trabalhismo**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais; Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1988.

IGNATIEFF, Michael. **Instituições totais e classes trabalhadoras: Um balanço crítico**. **Revista Brasileira de História**. São Paulo: ANPUH/Marco Zero, vol. 7, nº 14, 1987.

KOERICH, Ana Maria Espínola. **Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971)**. 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Ufsc, Florianópolis, 2008.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. **Transmissão psíquico-geracional na contemporaneidade**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 243-255, dez. 2004. Disponível em <http://ws3.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20050602160749.pdf> Acesso em 24/11/2015.

MICHELON, Leandro; VALLADA, HOMERO. **Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar**. *Rev. Psiq. Clín.* 32, supl 1; 21-27, 2005. <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24408.pdf>>. Acesso em 16/11/2015.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. **O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial**.

Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 2 p. 04 – 13, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 17/09/2015.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira**. Psychiatry On Line Brasil, Vol.6, Nº 1, 2001. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano01/wal1201.php>. Acesso em 17/11/2015.

OLIVEIRA, Carlos. **As medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro**. JusBrasil. <http://ccesoliveira.jusbrasil.com.br/artigos/260648130/as-medidas-de-seguranca-no-ordenamento-juridico-brasileiro>. Acesso em 24/11/2015.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Hist. cienc. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, Ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15/11/2015.

PICCININI, Walmor. **Adauto Junqueira Botelho: notas biográficas**. Psychiatry on line Brasil. Vol. 14, Nº 2, 2009. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php> Acesso em 24/11/2015.

PIRES FILHO, Fernando Molinos. **O que é Saúde Pública?**. Cad. Saúde Pública. 1987, vol.3, n.1, pp. 62-70. ISSN 1678-4464. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X1987000100007. Acesso em 24/11/2015.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

RAUPP, Marcelo Coelho. **Pequenos Getúlios: o PSD e as elites políticas catarinenses (1945-1970)**. Florianópolis, 2010. Dissertação (Mestrado em História). Universidade do Estado de Santa Catarina.

SEIXAS, André A. A; MOTA, André; ZILBREMANN, Monica L. **A Origem da Liga Brasileira de Higiene Mental**. Rio Grande do Sul: Revista Psiquiátrica, 2009, v. 31, n. 1. <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>. Acesso em 24/11/2015.

SILVA, Jaqueline A. da. **Vizinhos da loucura: a ação institucional da Colônia Santana junto a comunidade que cresceu às suas margens**. 2001. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Ufsc, Florianópolis, 2001.

SOUZA, Milena Luckesi de; BOARINI, Maria Lucia. **A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental**. Rev. bras. educ. espec., Marília, v. 14, n. 2, p. 273-292, Ago. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382008000200009&script=sci_arttext. Acesso em 10/11/2015.

UFRJ. **Faculdade de medicina: um pouco de nossa história**. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id_colchao=1. Acesso em 25/11/2015.

VENÂNCIO, Ana Teresa. **A Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social**. In: Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. Pathos: violência e poder, Niterói, 2008. Disponível em:

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/a_colonia_juliano_moreira_na_decada_de_1940.pdf>. Acesso em 15/11/2015.

VIANA, Bruna da Silveira. **Entre discursos e práticas: menores e loucura no Hospital Colônia Sant'Ana (1942-1944)**. 2013. 85 fls. Monografia (Graduação em História) – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Florianópolis, 2013.

WADI, Yonissa Marmit. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2002.

_____. **A escrita epistolar no hospício: documento médico, documento histórico**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Campinas / SP: Editora Escuta, v. VIII, n. 1, p. 137-149, 2005.

_____. **A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura**. Uberlândia: EDUFU, 2009.