



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Ana Terra de Leon Silva

Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da
psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)

Florianópolis
2020

Ana Terra de Leon Silva

Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da
psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em História da Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do título de Mestra em História Cultural.
Orientador: Prof. Dr. Rogério Luiz de Souza.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Ana Terra de Leon

Os Nomes da Loucura : discurso diagnóstico e tratamentos
na emergência da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)
/ Ana Terra de Leon Silva ; orientador, Rogério Luiz de
Souza, 2020.

121 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em História, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. História. 2. História da Psiquiatria. 3. Saúde Mental.
4. Hospital Colônia Sant'Ana. I. de Souza, Rogério Luiz.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em História. III. Título.

Ana Terra de Leon Silva

Os Nomes da Loucura: discurso diagnóstico e tratamentos na emergência da psiquiatria em Santa Catarina (1939-1942)

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

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

Prof.^a Cristina Scheibe Wolff, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Joana Maria Pedro, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em História Cultural.

Prof. Lucas De Melo Reis Bueno, Dr.
Coordenador(a) do Programa

Prof. Rogério Luiz de Souza, Dr.
Orientador(a)

Florianópolis, 2020.

Este trabalho é dedicado aos pacientes do antigo Hospital Colônia Sant'Ana. Quando pensei em desistir, a ideia de manter a memória sobre o que foi feito a vocês foi o que me deu forças para continuar. Dedico também a todas as pessoas que passam por sofrimento psíquico. Eu desejo, do fundo do coração, que sempre possamos encontrar ajuda e pessoas amáveis no caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Programa de Pós-Graduação em História da UFSC, especialmente à professora Beatriz, que sempre foi muito solícita e gentil em me ajudar, bem como o professor Lucas, e ao pessoal da secretaria - Nailor, Daiane e Victor - pela ajuda sempre rápida e carinhosa.

À CAPES pela bolsa, sem a qual esta pesquisa não poderia ter sido executada. É uma grande perda para o país a quantidade de cortes que a educação universitária (e a básica também!) vem sofrendo, pois não imagino como poderia ter me sustentado e terminado o trabalho sem ter tido bolsa. O ano da prorrogação, em que tive que dividir o trabalho na dissertação com um emprego em meio período, foi muito difícil. Fica o registro e meu desejo de melhoras para a situação política do país.

Agradeço ao meu orientador, Rogério, por ter sempre me encorajado e confiado no meu trabalho. Às professoras Sandra e Cristina, que estiveram nas duas bancas pelas quais passou este trabalho, pelas contribuições. À professora Sônia e demais colegas do Transes, especialmente Binah, que me apresentou ao grupo.

À professora Viviane, pela disponibilização dos documentos digitalizados pelo Projeto Arquivos Marginais. Ao Renato por me enviar os prontuários. À Carolina por me disponibilizar o computador do CEDOPE, e por ter sido minha grande aliada na construção do projeto para realização desta dissertação. Ao Kadu pela ajuda com a Plataforma Brasil e suporte emocional. À colega Arielle que, desde a faculdade, me ajuda, me conforta, me elogia, me socorre e troca comigo. A todos e todas as colegas de trajetória que, de alguma forma, contribuíram com o trabalho e com minha atividade enquanto historiadora – mesmo nos momentos de descontração.

Agradeço à Vera, à Eliani e à Ana por se disponibilizarem a me acompanhar nas pesquisas no acervo do IPq-SC. Agradeço também aos profissionais do Arquivo Público.

Agradeço minha família pelo apoio e incentivo, inclusive financeiro, que permitiram que eu concluísse a presente pesquisa, especialmente minha mãe, Marcela, meu pai, Samuel, e meus irmãos, Pedro e Gabriel. Agradeço à Julieta, Bóris, Bilbo e Luna, companheiros fiéis dos momentos de escrita.

Agradeço aos amigos e companheiros de casa da época do Covil, especialmente Maranhão, Marina, Giulia, Henrique, Ancião e Pluma, Jasmim, Lully, Luíza, Leo e Paulinho. As reflexões e conversas sobre esta pesquisa foram fundamentais para depurar o texto.

Agradeço a Laura e Gabriel por me ajudarem durante meus momentos de ansiedade - e nos de alegria também - e por compartilharem comigo suas dicas e ideias de como organizar os estudos e a escrita. Ao Edgar pelo carinho que recarregou as energias quando eu achei que não poderia continuar.

Agradeço meu companheiro, Guilherme, por ter ficado ao meu lado mesmo quando eu não estava em condições de acreditar em mim mesma, por ter ajudado a amenizar minha rotina. Agradeço também a **todos** vocês por terem discutido o tema desta dissertação comigo em momentos de descontração. Muitos dos *insights* que tive se deram em conversas com vocês.

Por fim, agradeço ao serviço do Sapsi da UFSC, cujo serviço de emergência me salvou de não entregar o trabalho a tempo para a qualificação. E a minha psicóloga, Bárbara, por ter me ajudado no processo de conclusão deste trabalho.

O processo de escrita desta dissertação foi muito doloroso. Ironicamente, é um trabalho sobre atendimento em saúde mental. Agradeço a todos e todas aquelas que, direta ou indiretamente, fizeram com que eu não desistisse. Peço perdão se esqueci de alguém. Sigamos adiante, sorrindo sempre, pensando sempre, e resistindo - sempre.

Sequelas, não acabam com o tempo... amenizam
Quando passa em minha mente as horas de espera, sinceramente, tenho dó de mim.
Nó na garganta, choro estagnado, revolta acompanhada de longo suspiro.
Ainda hoje, anos depois, a espera é por demais agonizante.
Horas, minutos, segundos, são eternidades martirizantes. Não começam hoje, haviam
adormecido, com muito custo... comigo.
Esta espera, oh Deus!... é como nunca pagar o pecado original, e sim, ser condenado a
morte várias vezes.
Quem disse que só se morre uma vez?
Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição.
Aspirada não é a respiração... é introchada. Os nervos já não tremem... dão
solavancos. A espera está acabando. Ouço barulho de rodinhas.
A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me, fazer parte do cimento do quarto.
Olhos na abertura da porta, rodam a fechadura. Já não sei quem e o que sou. Acuado, tenro
fuga alucinante. Agarrado, imobilizado... escuto parte do meu gemido. Quem disse que só se
morre uma vez?

[Austregésilo Carrano, a espera do eletrochoque].

(BUENO, Austregésilo Carrano. 2000)

RESUMO

Este trabalho trata das práticas de institucionalização da loucura nos anos iniciais de funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana, localizado em São José, Santa Catarina. O trabalho se concentra na discussão sobre os anos 1939 a 1942. Para isso, foram discutidas as condições de possibilidade para a construção do Hospital a partir da análise de documentos em diferentes espacialidades e temporalidades. As fontes utilizadas vão desde a legislação vigente acerca dos espaços de institucionalização, de 1934 e 1941, os decretos 24.559 e 3.171, o Plano Hospitalar Psiquiátrico, relatórios de funcionamento do Hospital escrito pelo Diretor Agripa Faria, discursos políticos e de profissionais de saúde da época, bem como os prontuários de pacientes internados em 1942. Estas fontes permitiram debater a política de saúde mental do Estado de Santa Catarina na década de 1940, ancorada na ideologia do Estado Novo, articulando os dados de forma a caracterizar o tratamento psiquiátrico no ambiente institucional enquanto traço de uma política pública. O trabalho apresenta uma discussão acerca das diretrizes dos serviços nacionais de saúde pública da época, especialmente os debates dos psiquiatras envolvidos na formulação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, comparando as formulações do Ministério da Educação e Saúde Pública com os comentários do Dr. Agripa de Castro Faria, diretor do HCS no período aqui abordado. Adentrando a política de saúde pública catarinense, a pesquisa debate as características do Hospital Colônia Sant'Ana, de forma a entender os serviços por ele fornecidos, buscando compreender como se estruturava. A partir da pesquisa com os prontuários, é apresentado o levantamento sobre a quantidade de internos e seu perfil social, mostrando dados quantitativos sobre a população da instituição. Discute-se também os diagnósticos, a disciplina hospitalar, as políticas de gestão populacional e a biopolítica, a medicação e os tratamentos empregados no Hospital Colônia Sant'Ana durante o primeiro ano de funcionamento de instituição.

Palavras-chave: História da Psiquiatria. Saúde Mental. Hospital Colônia Sant'Ana.

ABSTRACT

The following work discusses practices of institutionalization of madness in the first years of Colônia Sant'Ana Hospital, in São José, Santa Catarina, Brazil. The main focus is laid on the years ranging from 1939 to 1942. To achieve this, conditions leading to the construction of the Hospital were discussed, based on the analysis of documents pertaining to different spatialities and temporalities. Sources include legislation regarding these spaces of institutionalization from 1934 to 1941, including the Brazilian decrees number 24.559 and 3.171, the National Psychiatric Hospital Plan, reports written by hospital's director Agripa Faria, speeches by political figures and health professionals of the time, as well as medical reports of patients hospitalized in 1942. These sources allowed the discussion of the mental health policy adopted by the state of Santa Catarina in the 1940s, anchored in the ideology of the "Estado "Novo", by articulating the data as to interpret psychiatric treatments in the institution as trace of a broader social policy present at the time. This work presents a discussion about the national public health services guidelines of the time, especially in which concerns the debates of the psychiatrists involved in the formulation of the National Service of Mental Diseases, by comparing the formulations of the Ministry of Education and Public Health with the comments of Dr. Agripa de Castro Faria, director of Colônia Sant'Ana Hospital (CSH) in the period here covered. Entering Santa Catarina's public health policy, this research discusses the characteristics of CSH, in order to understand the services provided by it and how it was structured. The research from the medical records allows to present the data survey of the number of inmates, their social profile and other quantitative data of the institution's population. It also discusses the diagnosis, hospital discipline, population management policies and the biopolitics, medication and treatments employed at Colônia Sant'Ana Hospital during the institution's first year of operation.

Keywords: History of Psychiatry. Mental Health. Colônia Sant'Ana Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Capa de Prontuário	69
Figura 2 – Contracapa de Prontuário	70
Figura 3 – Ficha de Tratamento	71
Figura 4 – Campo “Exame Somático”	74
Figura 5 – Intercorrência “Vacinas”	78
Figura 6 – intercorrência “vacinas”	78
Figura 7 – Antropometria	79
Figura 8 – Assinatura Agripa Faria	79
Figura 9 – Assinatura Agripa Faria	79
Figura 10 – Trecho de Exame Somático	81
Figura 11 – Ficha de Praxiterapia	83
Figura 12 – Ficha de Praxiterapia	84
Figura 13 – Controle de Ciclo Menstrual	85
Figura 14 – Ficha Choque Cardiazol	87
Figura 15 – Ficha Choque Nicordamin	87
Figura 16 – Ficha Insulinoterapia	88
Figura 17 – Ficha Eletrochoque	90
Figura 18 – Ficha de Prescrições médicas	91
Figura 19 – Diagnóstico	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade dos internos	62
Tabela 2 - cor dos internos	62
Tabela 3 - diagnósticos da década de 1942	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCS Hospital Colônia Sant'Ana

MESP Ministério da Educação e da Saúde Pública

IPqSC Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

CEDOPE/HCS/IpqSC Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Sant'Ana e Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

DNS Departamento Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CAPÍTULO 1 – O ESTABELECIMENTO DE UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA (1934 – 1941).....	31
2.1	O SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS E AS JUSTIFICATIVAS PARA O MODELO HOSPITAL-COLÔNIA.....	35
2.2	TEORIAS DA DEGENERAÇÃO, EUGENIA E UM PROJETO POLÍTICO DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL DURANTE O GOVERNO VARGAS	40
2.3	AGRIPA DE CASTRO FARIA: UM DOS NOMES DA LOUCURA	45
3	CAPÍTULO 2 – O ESTABELECIMENTO DE UM HOSPITAL PSQUIÁTRICO (1941-1942)	52
3.1	POLÍTICA CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL E AS MUDANÇAS DA ERA VARGAS	52
3.2	TRATAMENTOS E DIAGNÓSTICOS	60
3.3	OS NOMES DA LOUCURA: OS PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL COLÔNIA SANT’ANA	69
3.4	AS FREIRAS DA IRMANDADE DA DIVINA PROVIDÊNCIA – PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO	91
4	CONCLUSÃO.....	98
	REFERÊNCIAS.....	102
	ANEXO A – Dados dos primeiros pacientes internados no HCS	107

1 INTRODUÇÃO

Em 1939 uma cerimônia foi realizada para celebrar a colocação da pedra fundamental do Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) no terreno do distrito do Salto do Maruim, em São José, a 22 quilômetros do centro de Florianópolis, aquela seria a sede principal da institucionalização da loucura no estado – e permanece sendo até os dias atuais.

Cynthia Machado Campos caracterizou a política pública fundadora da instituição como uma atitude urgente de banimento dos indivíduos antissociais indesejáveis e nocivos à ordem do Estado Novo. Certamente a política nacionalista encabeçada pelo presidente Getúlio Vargas e dirigida com eficiência em Santa Catarina pelo interventor Nereu Ramos, acirrada a partir do golpe de 1937, tratava os doentes mentais como casos de segurança pública. A constituição do “louco” como um “outro” a ser combatido encontrou local privilegiado nas políticas públicas de saúde daquela época, até pelo acirramento das normas sociais (e legais) de conduta moral.

Porém, como a própria Cynthia Machado Campos, é preciso atentar para o complexo tecido institucional e discursivo envolvido na política capaz de fazer ser inaugurado, em 1941, o Hospital Colônia Sant'Ana. As justificativas da segurança pública e da improdutividade não são suficientes para explicar sua criação, nem tampouco a mera educação moral para o trabalho.

Os comportamentos considerados inadequados poderiam facilmente ser esquadrihados e colocados sob o olhar clínico (e político) do psiquiatra, é verdade. Mas os anos entre 1937 e 1941 foram um período importante de reformulação das políticas e setores do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), e fica evidente, muitas vezes, uma preocupação com o bem-estar dos pacientes e de seus familiares. Não buscamos, aqui, realizar uma historiografia de uma psiquiatria onisciente e maniqueísta. Mas, mesmo atentando para as suas limitações, sabe-se que, especialmente a partir da segunda metade do século XIX, e, no Brasil, da primeira metade do século XX, a patologização dos comportamentos tem sido cada vez mais frequente e crescente¹.

É o tema abordado pela autora Sandra Caponi em suas pesquisas desde, pelo menos, o ano de 2010. Segundo ela, em seus estudos sobre a psiquiatria ampliada, desde o século XIX é possível verificar um deslocamento do entendimento das doenças mentais que ultrapassa o

¹ Sandra Caponi aponta para a multiplicação vertiginosa dos diagnósticos do DSM desde sua primeira edição em 1951 (2012, pp. 15-16).

domínio dos delírios, surtos psicóticos, alucinações e atos violentos. Tal deslocamento fez emergir uma fortificação da ciência psiquiátrica enquanto campo científico.

O antigo Hospital Colônia Sant’Ana (HCS) deu lugar ao atual Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ-SC). O prédio é o mesmo (reformado e aumentado ao longo dos anos para receber mais pacientes e se adequar às normas de saúde ao longo dos anos). Podemos dizer que o próprio prédio é uma permanência, impondo-se sobre a contemporaneidade, e, apesar das disputas constantes em torno da modernização e modificação do tratamento psiquiátrico em Santa Catarina, problemas que a legislação e as próprias reformas na instituição visavam sanar ainda não foram solucionados, notadamente o fato de ser, ainda hoje, a instituição pública central para o tratamento psiquiátrico no estado². Em contrapartida, a própria institucionalização da loucura e suas práticas seguem sendo herdeiras dessa psiquiatria e, mesmo com todas as tentativas de psiquiatras e outros profissionais da saúde mais sensíveis às causas sociais, ainda há embates e disputas sobre os modelos a serem implementados.

É necessário compreender a forma como o Estado e a psiquiatria trataram os sujeitos desviantes para que possamos entender as permanências e as rupturas que constituem os discursos acerca da loucura ainda na atualidade. Os processos que permanecem excluindo os indivíduos em sofrimento psíquico tem reverberações históricas que podem começar a ser entendidas a partir da história do Hospital Colônia Sant’Ana.

Inaugurado em novembro de 1941, o HCS foi o primeiro hospital público de Santa Catarina que visava atender a demanda psiquiátrica do estado inteiro. Antes dele, dois hospitais, o Asilo Azambuja, em Brusque, e o Hospício Oscar Schineider, em Joinville, haviam sido o destino de alguns poucos indivíduos acometidos pelos mais variados diagnósticos “desviantes”. Ambas as instituições foram fechadas, e seus pacientes transferidos para a nova instituição da Grande Florianópolis. Do Azambuja vieram, ainda, as freiras da Irmandade da Divina Providência, que permaneceram na instituição até 1985³. Durante a primeira década de funcionamento, o hospital foi administrado pelo Diretor Dr. Agripa de Castro Faria.

Objetivando investigar os discursos, sujeitos e as práticas da psiquiatria instituída no estado de Santa Catarina durante a década de 1940 com a criação do Hospital Colônia Sant’Ana, consultei a documentação referente à instituição e às políticas de saúde mental brasileira durante o governo de Getúlio Vargas, com ênfase no Estado Novo, período abordado no presente

² E não um atendimento mais distribuído nos CAPs, NAPs e outras.

³ Segundo Catarina do Carmo Lisboa, ano em que as duas últimas freiras saíram da instituição (2012, p. 7).

trabalho, pois entendo o projeto e a inauguração do hospital como desdobramento de uma política nacional mais ampla. A partir dessas fontes, apresentadas mais adiante, busco compreender os discursos acerca da loucura, da necessidade de internação, quem eram os sujeitos internados ou passíveis de internação, os tratamentos empreendidos pelo Estado e as práticas empreendidas no Hospital Colônia Sant'Ana, em seu alinhamento (ou não) com os discursos estatal e psiquiátrico de modernização.

Assim sendo, entendo o atendimento em saúde mental em Santa Catarina no início da década de 1940 como uma política pública inserida num contexto amplo, nacional, de reorganização do MESP a partir do golpe de 1937. Tentei, aqui, identificar as vozes autorizadas da saúde mental em Santa Catarina, quem eram os profissionais do Hospital e sob quais modelos de psiquiatria estavam operando, discutir como as práticas psiquiátricas de diagnóstico e tratamento se construíram antes da inserção das Doenças Mentais no CID⁴ e como foram tratados no seio dessa política pública de saúde.

Dessa forma, o presente trabalho trata da institucionalização da loucura em Santa Catarina na década de 1940 e como era caracterizada. Busco compreender como o Estado tratou os usuários da Assistência aos Psicopatas e do Serviço Nacional de Doenças Mentais internados no Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) no primeiro ano de funcionamento do mesmo. Concentrei a análise nos anos de 1939 a 1942, por identificar nas fontes que em 1939 começam a aparecer as primeiras formulações concretas sobre o HCS, e por restringir a análise ao primeiro ano de funcionamento, 1942. Mas este trabalho transita entre temporalidades diferentes para explicar a institucionalização da loucura, notadamente meados da década de 1930 até o fim da década de 1940, o que se justifica por entendermos que este foi um período ao mesmo tempo de disputa e de consolidação de um projeto psiquiátrico de nível nacional, em que os debates acerca dos diagnósticos e tratamentos ainda não haviam se consolidado numa catalogação sistemática.

A problemática desta pesquisa consiste, portanto, em analisar os discursos e as práticas que se articularam em diferentes temporalidades e espacialidades tornando possível o funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) em 1942 e caracterizando os primeiros anos de existência da instituição, buscando compreender como se articulavam os diagnósticos e como era estruturado o tratamento.

⁴ No presente estudo, por questão de tempo e de recorte, não problematizaremos se a inserção desses transtornos no CID de fato promoveu mudança na abordagem da instituição.

Para tal analisei os projetos nacionais de saúde pública do período recuando até alguns anos antes, a fim de compreender o processo de institucionalização da loucura no estado, reverberadas até a atualidade nas políticas de Saúde Mental de Santa Catarina na figura do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC). Trabalhando com diferentes temporalidades e espacialidades, discuti as principais tendências em psiquiatria no Brasil na época, a partir dos relatórios e correspondência entre os principais psiquiatras brasileiros entre os anos 1934 e 1940, e de que forma estavam elas articuladas com o discurso do próprio Hospital Colônia Sant'Ana na década de 1940. Os documentos usados nesta pesquisa foram selecionados de forma a possibilitar a análise dos discursos, sujeitos e as práticas da psiquiatria instituída no estado de Santa Catarina durante a década de 1940. Isso não seria possível sem um entendimento amplo das políticas de Saúde Pública no Brasil em nível federal desde sua estruturação a partir de 1930, juntamente com a documentação referente à instituição nos anos entre 1941 e 1948.

A documentação utilizada constitui-se pelo Decreto 24.559, de 1934 e o Decreto 3.171, de 1941; o Plano Hospitalar Psiquiátrico, de 1941, que apresenta um panorama geral da situação da Saúde Mental no país; relatórios da Assistência aos Psicopatas e do Serviço Nacional de Doenças Mentais; o Relatório de Funcionamento da instituição em 1942, escrito pelo diretor Agripa Faria; e uma amostragem de prontuários dos pacientes internados, listados no referido Relatório de Funcionamento.

A presente pesquisa foi possibilitada pela existência de um Centro de Documentação (CEDOPE) no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (antigo HCS), que permite o contato com as fontes referentes ao funcionamento do Hospital, promovendo a salvaguarda do acervo, pela documentação do Arquivo Público de Santa Catarina e pelo acervo disponibilizado *online* pelo Centro de Documentação e Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas.

A produção historiográfica sobre a psiquiatria e a institucionalização da loucura no Brasil se utiliza das fontes mais variadas: jornais, literatura médica, processos judiciais, memórias de pacientes e de profissionais de áreas da saúde, especialmente psiquiatras. Trabalha-se bastante com história oral, especialmente com ex-pacientes, e com registros médicos. No entanto, o acesso aos prontuários dos pacientes nem sempre é possível.

Considero relevante discutir o tipo de fontes, especialmente os prontuários, com os quais pude trabalhar até então, discutindo seu uso e limitações, e as possibilidades geradas pela existência de um Centro de Documentação no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, levando em consideração o contato com as fontes na trajetória de pesquisa e a participação na

salvaguarda do acervo durante a graduação, entre 2011 e 2015, problematizando a seleção da documentação. Utilizamos principalmente as discussões das autoras Arlette Farge e Ann Laura Stoler, e também autoras brasileiras que discutem especificamente as fontes e os temas pesquisados, a saber: Yonissa Marmitt Wadi, Ana Teresa Venâncio e Viviane Trindade Borges.

Segundo Yonissa Marmitt Wadi⁵, a história da psiquiatria no país não foi instituída, como objeto de estudo e como campo, de forma ordenada. A hipótese da autora, com a qual tendemos a concordar aqui, é que ela foi “e ainda segue sendo constituída, em grande parte, a partir de poucas experiências, concentradas nos centros de investigação mais tradicionais por sua antiguidade e méritos científicos, tais como os que têm sede em São Paulo e no Rio de Janeiro” (WADI, 2013, p. 3). A autora analisa a produção historiográfica brasileira nesta área até o ano de 2011, numa tentativa de sistematizar os estudos na área para enfim criar espaço fértil para um campo de fato.

Wadi não foi a primeira a buscar um levantamento a esse respeito. Segundo as autoras Ana Teresa Venâncio e Janis Alesandra Cassilia, pesquisadoras da Fiocruz, os estudos de história da psiquiatria se enquadram em três grandes grupos: o dos livros clássicos, que buscam tratar as trajetórias de vida de grandes personalidades da ciência psiquiátrica; o de revisão e ruptura, a maioria alicerçada nas perspectivas do filósofo Michel Foucault, ou outras novas abordagens e trabalhando com novas fontes, não necessariamente ligadas à atuação dos médicos; e, por fim, ao grupo das abordagens que trabalham com um viés cultural, discutindo as relações entre sociedade e campo científico, dialogando frequentemente com a antropologia (VENÂNCIO; CASSILIA, 2010, p. 29). Muitos dos trabalhos produzidos no Brasil são orientados teoricamente pelos estudos de Michel Foucault (VENÂNCIO; CASSILIA, 2010), assim como pela história social, cultural (WADI, 2013), e um pouco menos, pela micro-história⁶.

Segundo Yonissa Wadi, o período da Reforma Psiquiátrica, movimento pela humanização da assistência em Saúde Mental brasileira a partir da década de 1970, é o tema mais abordado. A autora assinala ainda que, em meados de 2000 e 2001, houve um salto na produção de trabalhos de historiadores sobre a psiquiatria. Ela atribui duas questões a esse fato:

⁵ historiadora paranaense que, dentre outros temas, trabalha com a institucionalização da loucura no Brasil, especialmente na região sul

⁶ 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 saúde. Em 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.

não apenas a criação de uma Pós-Graduação em História da Saúde na Fundação Oswaldo Cruz, como a própria lei da Reforma Psiquiátrica⁷, resultado das lutas sociais do movimento da Reforma desde três décadas antes.

Busquei a produção catarinense sobre história da psiquiatria em nosso estado. Ao realizar um breve levantamento bibliográfico das teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso da área de História sobre Saúde Mental no estado de Santa Catarina, os volumes referentes à história do Hospital Colônia Sant'Ana são poucos, especialmente se retirarmos os trabalhos feitos por profissionais da área da Saúde. Poucos são os historiadores de formação que se preocuparam com o tema.

No caso dos estudos sobre história da Saúde Mental em Santa Catarina, na Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, se utilizarmos a ferramenta de busca para procurar os termos “Hospital Colônia Santana”, aparecem nove resultados. Um deles é uma obra rara de um antigo diretor do Hospital, Antônio Santaella, sobre o arquivo do hospital, datada de 1954. Os demais resultados referem-se a cinco dissertações, uma tese, uma produção audiovisual da TV UFSC, e um artigo. Apenas uma dissertação foi produzida por uma historiadora, no Programa de Pós-Graduação da UFSC, em 1991, e trata-se do trabalho de Arselle Fontoura. Os demais trabalhos dividem-se entre antropologia, enfermagem, mestrado profissional em saúde mental e atenção psicossocial, e sociologia política. Os resultados crescem se escrevemos apenas “Colônia Santana”. É possível encontrar doze resultados, incluindo os anteriormente citados e mais três trabalhos entre um livro e mais duas dissertações vinculadas ao PPGH.

A pesquisa na Biblioteca Universitária da Universidade do Estado de Santa Catarina, por conta do Projeto Arquivos Marginais⁸, revela mais resultados na área de História. A começar pelo meu próprio trabalho de conclusão de curso e de outras colegas ex-integrantes do Projeto. São seis resultados, todos da área de História, exceto por um estudo de geografia que se relaciona ao bairro homônimo, Colônia Santana. Estudos de historiadores de formação

⁷ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

⁸ O Projeto Arquivos Marginais atua no Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Sant'ana (CEDOPE/HCS) e na organização dos Prontuários da Penitenciária de Florianópolis, cedidos ao IDCH (entre 1930 e 1970). As ações realizadas objetivam salvaguardar a documentação dos dois acervos, preservando e organizando seus acervos, bem como valorizando e difundindo a memória destas instituições marginais, estimulando a integração entre a universidade, a comunidade em geral e tais espaços, contribuindo para sua desestigmatização. Além de incentivar estudos na área de patrimônio Cultural, história da loucura, da psiquiatria, do Crime e da Punição, história social da memória e gênero biográfico. Texto informado pelo site do Centro de Ciências Humanas e da Educação da UDESC, disponível em: <<<http://www.faed.udesc.br/?id=2247>>>.

realizados sobre o HCS, somam, portanto, oito trabalhos acadêmicos ao todo nas duas Universidades Públicas da Capital, a maior parte realizada a partir da implementação do CEDOPE no IPq.

Entre o conteúdo encontrado sobre a história da Saúde Mental em Santa Catarina, apenas três trabalhos abordam o período de criação do Hospital. A maioria trata do período da Reforma Psiquiátrica, entre 1970 e a atualidade. Entre os trabalhos que se dedicaram à primeira década de funcionamento do HCS estão dois trabalhos da historiadora Bruna Viana, ambos sobre a internação de crianças na instituição, e o meu trabalho de conclusão de curso, “Um Lugar Para a Loucura: a política de Saúde Mental Durante o Estado Novo em Santa Catarina (1939-1942)”, sobre o discurso jurídico e médico-sanitarista presente no projeto de criação e funcionamento dos primeiros anos do Hospital. A maioria dos trabalhos, sendo apenas uma dissertação entre cinco trabalhos de conclusão de curso, também foram feitos após a criação do Centro de Documentação e Pesquisa, por: um em 2012, um em 2013, um em 2014, dois em 2015, um trabalho em 2016.

A respeito da pesquisa bibliográfica, busquei especialmente os trabalhos mais afinados com minha própria perspectiva de pesquisa. A maioria dos trabalhos, confirmando o que Yonissa Wadi e Ana Teresa Venâncio salientam, estão situados temporalmente após a lei da reforma psiquiátrica de 2001, e alguns falam sobre o período da Reforma, especialmente a década de 1970. No caso da produção acerca do contexto catarinense, apenas dois trabalham com a década de 1940, época da criação do Hospital Colônia Sant’Ana. Pretendo explorar os aspectos da política de Saúde Mental expressos nas práticas hospitalares do Hospital Colônia Sant’Ana.

O presente trabalho visa incorporar-se à produção catarinense sobre a institucionalização da loucura no estado, tratando do seu ponto de partida institucional e visando dar continuidade aos esforços que têm sido feitos de criar uma história das instituições de saúde mental brasileiras. Busco proporcionar aos pesquisadores e pesquisadoras futuros um ponto de partida para a compreensão das políticas de saúde pública direcionadas à população desviante de Santa Catarina. Situo este trabalho no campo da história das ciências, especificamente a história da medicina psiquiátrica, com inspiração na história social e na perspectiva foucaultiana de biopolítica.

Entendemos por biopolítica a entrada da vida biológica no campo da política de populações, como veremos mais adiante no capítulo 1, na medida em que a vida – e o corpo, a doença, a saúde, a sexualidade – passa a figurar o centro das preocupações do biopoder. Nesse

sentido, a medicina de uma forma geral se torna um campo de saber privilegiado, na medida em que toma o corpo humano como objeto, para examiná-lo, classificá-lo, tratá-lo e discipliná-lo. Aliada à estatística, a medicina pode controlar a natalidade, conter doenças, e erigir os espaços autorizados de controle e saber sobre o corpo. Nesse sentido, a psiquiatria entra como um mecanismo de poder.

(...) biopoder, (...), o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. (...), como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana (FOUCAULT, 2008, p. 3).

Portanto, a biopolítica é um instrumento do biopoder que discute a população, entendida como um conjunto de indivíduos, onde o corpo entra em evidências, assim como as características orgânicas, biológicas, e a questão da doença - patologização. Para Foucault, a biopolítica deve ser entendida no contexto da gestão das forças estatais, mas não se restringir a elas (Ibidem, p. 494).

No presente momento político de tentativa de retorno ao modelo manicomial, é urgente que historiadores e historiadoras marquem seu posicionamento, lembrando aos nossos pares e à sociedade em geral os problemas e abusos inerentes a este modelo, para que possamos nos questionar se é esta mesmo a melhor maneira de tratar as pessoas em sofrimento psíquico.

Assim sendo, cabe ressaltar os trabalhos de maior relevância para o presente estudo, a começar pela dissertação de Bruna Viana, intitulada *Um Lugar Para os Ditos Anormais: assistência psiquiátrica a crianças e jovens na primeira década do Hospital Colônia Sant'Ana (1942-1951)*. A autora estuda o período em que o hospital foi administrado por Agripa de Castro Faria, escolhendo este recorte temporal para realizar uma análise dos discursos e dos tratamentos direcionados às crianças internadas na instituição. O fato de crianças serem internadas junto com os adultos, dividindo os mesmos espaços do hospital, mesmo que a lei previsse a proibição desta prática, é muito bem explorado pela autora, que aponta a atualidade do tema, já que a presença ou não de crianças e adolescentes na instituição segue um imbróglio legal até o tempo presente.

Na área das ciências da saúde, mais especificamente a Enfermagem, as teses “Hospital Colônia Sant'Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)”, e “Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971)”, de autoria de Eliani Costa (2010) e Ana Maria Espíndola Koerich (2008), discutem a influência e atuação dos profissionais de enfermagem na instituição. Ambos se destacam pelo uso da

História Oral como método, de forma a discutir o cotidiano institucional, as práticas profissionais e principalmente o embate com outros profissionais da instituição, especialmente médicos e as freiras da Divina Providência.

Na área de História, Arselle Fontoura escreveu uma dissertação sobre aspectos da internação psiquiátrica e da loucura intitulada “Por entre luzes e sombras... Hospital Colônia Santana: (Re)significando um espaço da loucura” (1997). A autora discute o contexto histórico e cultural da institucionalização da loucura em Santa Catarina, especialmente o discurso de modernização e urbanização das políticas públicas envolvendo esse processo. Trata do discurso médico que caracteriza a loucura como doença e perigo social e das mudanças administrativas do hospital, discutindo o cotidiano institucional e as representações sociais feitas dele.

Algumas monografias produzidas na área de História também são importantíssimas para estudar a história deste hospital. Jaqueline A. da Silva escreveu “Vizinhos da Loucura: a ação institucional da Colônia Santana junto à comunidade que cresceu às suas margens”, que trata das relações entre a comunidade do bairro Colônia Santana e a instituição de saúde psiquiátrica de mesmo nome, e como o bairro cresceu ao redor do hospital e as mudanças que a criação dele operou na dinâmica urbana em volta.

A monografia de Catarina Lisboa do Carmo (2012) “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)” discute os efeitos das freiras na instituição e sua relação com os profissionais da saúde, e constitui peça importante para compreender essa faceta, uma pesquisa complexa e difícil de realizar por conta do acesso restrito às fontes sobre a irmandade da Divina Providência.

Sandra Caponi (2012), em seu livro “Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada” observa como a noção degeneração, eugenia e hereditariedade foram desenvolvidas e posteriormente aplicadas pela psiquiatria ampliada. A partir das tentativas de aperfeiçoamento da raça⁹ estão ligadas e construirão aspectos da psiquiatria que permanecerão vigentes até o tempo presente.

Também no sentido de compreender a formação do pensamento psiquiátrico, o autor Paulo Amarante escreveu um pequeno livro intitulado “Saúde Mental e Atenção Psicossocial”,

⁹ Cabe ressaltar aqui que o conceito de melhoramento da raça se referia à nação como um todo, mas opunha também as etnias: defendia-se a supremacia de um determinado grupo racial, identificado com a ele clara e características fenotípicas européias, sobre as outras raças, inferiores e representativas de degeneração, conforme será possível verificar mais adiante.

parte da coleção “Temas em Saúde”, da Editora Fiocruz. Nele, explora a psiquiatria desde suas primeiras manifestações na França, discutindo os diferentes modelos ocidentais ao longo do tempo até chegar à assistência em saúde mental brasileira contemporânea.

Sobre a Era Vargas e suas políticas de saúde, utilizamos o volume “Saúde no Governo Vargas (1930 – 1945): dualidade institucional de um bem público” (2007), de Cristina M. Oliveira Fonseca, que estuda a consolidação dos planos políticos de criação de uma ampla rede de saúde pública no Brasil, seus embates e suas disputas, as articulações legais e as diversas opiniões dos atores políticos envolvidos. Também foi crucial o trabalho de Cynthia Machado Campos, que enfatiza os efeitos do governo de Getúlio Vargas, especialmente o acirramento das políticas públicas nacionalistas do Estado Novo em “Santa Catarina: década de 1930: da degenerescência à regeneração”.

Maria Clementina Pereira Cunha (1986) em “Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo”, um dos primeiros do gênero no Brasil, discutiu a história da instituição, estudando o perfil dos internos e das internas, discorre sobre a psiquiatria da época e quais preceitos levaram à criação do Hospital e seu funcionamento. A obra discute questões de raça aplicadas à psiquiatria, e chama atenção especialmente a situação das mulheres negras internadas no hospital.

Além de buscar o alinhamento com as perspectivas teóricas desses autores e autoras, de apontar uma possibilidade e uma necessidade de um levantamento de dados que facilite a discussão sobre a psiquiatria catarinense, assinalamos a necessidade refletir sobre as novas possibilidades que a criação de um espaço de salvaguarda da documentação histórica do hospital criou.

Se antes as experiências de pesquisa sobre o assunto no estado eram fruto de iniciativas isoladas, para fazer menção à hipótese de Yonissa Wadi, a existência de um espaço de salvaguarda e exposição dessa documentação possibilita uma nova rede de contatos entre profissionais da saúde e historiadores. Com o presente trabalho procuro contribuir com essa bibliografia, discutindo as políticas públicas envolvidas na criação do hospital e dos primeiros anos de seu funcionamento.

O Hospital Colônia Sant’Ana (HCS) foi uma instituição manicomial com funcionamento no município de São José, na grande Florianópolis, inaugurado em 1941. Em 1996 o HCS transformou-se em Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC), e funciona até hoje, atendendo a demanda de saúde mental do Estado desde então (NASCIMENTO, 2016, p.28).

Inserido num projeto nacional de Saúde Mental idealizado pelo Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), o HCS foi a primeira instituição pública de psiquiatria criada para atender todo o estado de Santa Catarina. Seu nome se refere a um modelo de atendimento clínico de pacientes psiquiátrico: o hospital-colônia¹⁰, caracterizado pelo uso do trabalho agrícola como forma de tratamento clínico das doenças. Segundo Ana Teresa Venâncio, as colônias destinavam-se a isolar seus pacientes, inicialmente aqueles acometidos por doenças contagiosas como hanseníase e tuberculose, tanto para inibir o contágio de doenças infecciosas como para o isolamento social dos indesejáveis (VENÂNCIO, 2010, p. 36). No hospital-colônia, o isolamento segue sendo um objetivo, mas adiciona-se a isso a terapêutica do trabalho.

Diferente da terapia ocupacional hoje utilizada como parte do tratamento e aporte psicológico nos mais variados contextos¹¹, no caso dos hospitais-colônia, o trabalho seria a *principal via de tratamento*, além de contar com uma função moral - e frequentemente religiosa. Esse modelo surgiu inspirado nas antigas colônias para alienados, leprosos e tuberculosos (AMARANTE, 2007). A diferença entre estas e o hospital-colônia, portanto, é o enfoque clínico que esse tem sobre aquelas, ao menos conceitualmente, já que, no caso das colônias, a ideia é puramente de educação moral dos indivíduos em internamento, sem fins clínicos para o trabalho agrícola (VENÂNCIO, 2011, p. 49).

As justificativas utilizadas para legitimar o modelo escolhido, apesar de reforçarem constantemente a importância de uma reforma moral, giram em torno do ideal do trabalho como possibilidade de reinserção social do paciente psiquiátrico. Segundo o Plano Hospitalar Psiquiátrico enviado pelo Departamento Nacional de Saúde ao então ministro Gustavo Capanema, o “ingressado na psicopatia” era um peso na economia nacional. Aponta-se como solução a criação de Hospitais-colônia, que possam produzir os próprios alimentos, com menos ônus ao estado (D.N.S, 1940).

¹⁰Embora no nome do Hospital não apareça o uso do hífen em sua grafia, a nomenclatura certa é “hospital-colônia”, com hífen, sugerindo um substantivo composto, já que o termo “colônia” refere-se ao tipo/forma/finalidade do hospital. Trata-se, portanto, de um modelo de atendimento médico. Utilizaremos essa forma de grafar. O hífen não é utilizado no nome da instituição pois “Colônia Sant’Ana” – também nome do bairro - é, nesse caso, o nome do hospital. Como veremos, nessa época, muitas instituições nesse modelo foram inauguradas no Brasil durante o Estado Novo. Também utilizaremos “hospital-colônia”, com hífen, para diferenciar do modelo “colônia” que, como veremos, diferem em suas abordagens e formas de organização institucional.

¹¹A praxiterapia e a terapia ocupacional têm se mostrado forte aliadas no combate às sequelas dos tratamentos tradicionais com psicofármacos. Mesmo para pacientes que não são psiquiátricos, ambos os métodos se mostraram, ao longo da história das práticas terapêuticas de pacientes com câncer, dependentes químicos e outros indivíduos que, por conta das particularidades de suas enfermidades ou padrões comportamentais, necessitam de maiores intervalos de internação ou mesmo de formas de reabilitação que outros tipos de pacientes.

A escolha pelo modelo se dá em consonância com o que se pretendia por moderno, científico. A isso se some o fato de que durante o Estado Novo houve um acirramento das políticas públicas de controle social, o que não representa uma simples tentativa de controle moral da população, porém uma real reestruturação da nação por meio de instituições consideradas modernas – escolas, hospitais, prisões e as próprias leis. A ideia de modernização era muito cara a essa fase que pode, sob vários aspectos, ser considerada ditatorial¹². Sob a justificativa de modernização da política, da população e da produção brasileiras, uma série de instituições foram criadas e/ou aprimoradas.

Numa tentativa de preservar a história da instituição e dos sujeitos que nela foram internados, o Centro de Documentação e Pesquisa (CEDOPE/HCS) do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina foi inaugurado em 2011, a partir de uma parceria entre o Laboratório de Patrimônio Cultural da UDESC (LabPac/UDESC), na figura do Projeto Arquivos Marginais, e o IPq-SC. Fui bolsista do projeto, com atuação em extensão e pesquisa entre os anos de 2012 e 2015. O espaço abriga o acervo documental da instituição, especialmente livros médicos, livros de registro de entrada de pacientes, fotografias e objetos - como equipamento de eletrochoque, máquinas de costura utilizadas nas oficinas, equipamento de centro cirúrgico entre outros (BORGES, 2016, p. 99). Dentre a variedade de fontes, a mais impressionante delas é o prontuário médico.

Segundo a legislação atual, expressa na Resolução nº 510 do Conselho Federal de Medicina, que trata dos prontuários de instituições de saúde, datada de 2007, eles devem ser preservados, em papel, por no mínimo vinte anos desde o último registro¹³, caso não tenham sido digitalizados. No caso dos prontuários já digitalizados, microfilmados ou arquivados eletronicamente em meio óptico, eles podem ser descartados, desde que correspondam às normas de digitalização¹⁴. Dessa forma, desde 2007 a preservação dos prontuários em suporte de papel dos pacientes nas instituições é facultativa.

A digitalização e a preservação dos prontuários, no entanto, não corresponde a uma necessidade de pesquisa. A medida pela digitalização foi tomada para garantir melhor gestão

¹²Entre eles a perseguição aos comunistas e às oposições, o silenciamento e manipulação da imprensa e dos sindicatos de trabalhadores, a constante tentativa de uniformização do ensino e militarização da sociedade por meio do alistamento obrigatório, bem como a criminalização de manifestações culturais e das línguas dos países representantes do Eixo, durante a Segunda Guerra Mundial. Não é o enfoque deste trabalho discutir se o Estado Novo constituiu de fato uma ditadura, porém os poucos exemplos citados aqui já dão conta de evidenciar um posicionamento acerca de tais políticas, que são, no mínimo, autoritárias.

¹³ Registro de internação do paciente na instituição.

¹⁴ Normas discriminadas no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, segundo a Resolução CFM Nº 1.821/07.

da informação acerca da vida desses pacientes dentro das suas respectivas instituições, reunindo todas as informações num arquivo e não dependendo das viagens de pequenos memorandos, pedidos de exame, e outros papéis pelos diferentes setores dos hospitais. Outra questão que o prontuário eletrônico e a digitalização dos prontuários sem uso administrativo resolvem é o espaço físico. Frequentemente a preservação dessa documentação vai de encontro à necessidade de espaço para leitos, laboratórios, ambulatórios, o que acaba tornando difícil a conscientização para a sua preservação (BORGES, 2016, p. 97). O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq-SC) é um desses hospitais que optou pelo descarte dos prontuários após digitalização. Todos os prontuários com mais de vinte anos foram digitalizados por uma empresa terceirizada e por ela levados¹⁵. O acesso aos prontuários digitalizados, no entanto, só pode ser feito dentro da instituição, sob a supervisão de um dos funcionários.

Um prontuário é a reunião de todos os documentos referentes a um paciente dentro de uma instituição de saúde. Os prontuários do Hospital Colônia Sant’Ana foram modificados de acordo com as necessidades que o sistema público de saúde impunha ao longo do tempo e com as diferentes práticas adotadas no hospital. Via de regra, os prontuários apresentam os seguintes documentos: ficha de entradas e de saídas, uma ficha cadastral contendo os dados pessoais e de registro do paciente, uma entrevista com o internado ou internante, caso o primeiro não estivesse em condições de responder por si mesmo, com perguntas sobre os sintomas, hábitos, emoções do paciente internado, uma série de folhas de exames, e tabelas de aplicação de tratamento – no caso dos prontuários da década de 1940, por exemplo, medicação, eletroconvulsoterapia, insulino-terapia, praxiterapia e choque químico com cardiazol.

Como fonte histórica, o prontuário apareceu na história social da saúde como tentativa de enxergar as vozes dos sujeitos internados nas diferentes instituições médicas, não só as psiquiátricas (BERTOLLI, 1996, p. 173). Segundo Claudio Bertolli Filho, havia uma ausência de exploração de uma fonte que pudesse condensar em si as diferentes experiências do “viver enfermo”, o que culminou na procura, por parte de historiadores da medicina, de arquivos que pudessem oferecer informações mais consistentes. O prontuário foi uma dessas fontes.

Comumente chamados de “prontuários médicos”, os prontuários são, na verdade, dos pacientes¹⁶. A forma como o documento é produzido e como é encarado em seu meio deve ser

¹⁵ Infelizmente não foi possível ter informações sobre o real destino dessa documentação – se foram descartados ou simplesmente estão sob guarda da empresa, cujo nome não me foi informado até o presente momento da pesquisa.

¹⁶ Segundo a Resolução nº 510.

levada em consideração. Apesar de ser um “prontuário do paciente”, sua propriedade física é da instituição, de forma que mesmo o paciente não poderá retirar o documento original dela.

Em “O Sabor do Arquivo” (2009), Arlette Farge aponta que os sujeitos descritos nos processos judiciais do século XVIII por ela analisados não pediram para ser registrados, especialmente da maneira como o foram. No caso dos prontuários de uma instituição psiquiátrica, da mesma forma que nos processos, “suas palavras são consignadas uma vez ocorrido o fato [nesse caso a internação], e ainda que, no momento, elas tenham uma estratégia, não obedecem a mesma interação intelectual que o impresso” (FARGE, p. 13). Nos prontuários lidamos com os discursos criados a partir da instituição acerca de seus pacientes. Neles, aparecem as opiniões médicas acerca do comportamento e do estado físico e mental de seus pacientes. É um documento de controle e de policiamento.

Para Ann Laura Stoler, o arquivo não deve ser visto como um local intransponível, onde o poder formal apaga o testemunho dos oprimidos. Para a autora, o arquivo é um local de disputa, onde as lutas ficam evidentes na documentação. Usando Michel de Certeau¹⁷, ela reforça a ideia de que são histórias subjacentes, e não subalternas. Ela assinala, contudo, que existe de fato um modo dominante no arquivo. Tanto Stoler quanto Farge convergem no sentido de afirmar que a linguagem dos documentos dos arquivos é hermética, criada para si, não para a leitura posterior, não para a preservação e consulta de indivíduos que não os que estejam relacionados com aquela atividade que descrevem.

Consultando prontuários, podemos entender um pouco de como funciona a instituição, e podemos verificar a vontade de controle da população por meio do discurso médico e político. Essa via interpretativa é válida. Em contrapartida, se buscarmos uma leitura mais a contrapelo, podemos ler alguns dos discursos dos familiares dos pacientes e entrever os discursos dos pacientes acerca de si mesmos. A autora Viviane Trindade Borges abordou esse tema de forma muito pertinente em sua tese de doutorado sobre Artur Bispo do Rosário¹⁸, na qual discute as disputas discursivas acerca dessa figura. Nos diferentes documentos sobre do sujeito que a autora escolheu analisar, apareciam discursos díspares, conforme o contexto em que eram produzidos. Para os críticos de arte, o Bispo, como é comumente chamado, aparece como um gênio *naïf*. Nos jornais, sua figura é tratada com certo misticismo. Na documentação hospitalar,

¹⁷ CERTEAU, Michel. *Heterologies: Discourse on the Other*. Trans. Brian Massumi. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1986.

¹⁸ Artur Bispo do Rosário foi um artista consagrado da arte popular brasileira. Trabalhava principalmente com bordados e confecção de peças de roupa, principalmente mantos, mas também fez estandartes e toda uma série de trabalhos manuais quando esteve internado no hospital Juquery, no Rio de Janeiro. No hospital, atualmente, existe um museu que reúne sua obra.

no entanto, as observações a seu respeito se restringem a seu comportamento na instituição e os sintomas que apresenta e que legitimam sua permanência no hospital. A autora buscou na produção artística do artista seus discursos sobre si mesmo. Mas não poderia ter realizado essa pesquisa sem o acesso aos prontuários.

No entanto, acerca do que os próprios pacientes tinham a dizer sobre si mesmos, alguns registros, cartas, poemas e bilhetes eram confiscados pelo hospital - e interpretados como sintomas de sua doença. A presença desses improváveis papéis facilitaria a uma leitura mais afinada com a abordagem de Ann Laura Stoler. Infelizmente, a administração do Hospital Colônia Sant'Ana pouco fez no sentido de preservar esse tipo de produção, que normalmente, em outros hospitais, foi preservada e anexada ao prontuário – geralmente confiscada pelos enfermeiros ou freiras da instituição. Nos prontuários do Hospital Colônia Sant'Ana, ao menos os do período analisados, pouca coisa nesse sentido pode ser encontrada. A documentação seriada é muito parecida entre si.

Arlette Farge fala sobre essa monotonia dos arquivos: quando se trata de documentos seriais, e é esse o caso dos prontuários, é comum lidar com as mesmas informações repetidas exaustivamente. Coisas que saltam aos olhos geralmente estão relacionadas ao próprio cotidiano do hospital: fugas, suicídios, uma quantidade maior que o normal de sessões de eletroconvulsoterapia, ou insulino-terapia. Isso, por si só, nos dá uma série de possibilidades de pesquisa e permite nos perguntarmos acerca das arbitrariedades e da rotina do hospital, e da atuação dos pacientes no dia-a-dia institucional, numa abordagem mais parecida com a de Stoler, mas pouco se pode inferir acerca dos sujeitos internados a partir dessa informação. “A questão reside na difícil interpretação de sua presença, na busca de seu significado, na localização de sua “realidade”, em meio a sistemas de signos dos quais a história pode tentar ser a gramática” (FARGE, pp. 18-19).

De qualquer forma, esses contatos com o cotidiano institucional se diferem muito do que Arlette Farge discute em seu livro. Se nele a autora reforça o papel imaginativo da descoberta dos papéis do acervo baseado no distanciamento que o historiador tem com a época e as instituições pesquisadas, no caso do historiador que precisa se aventurar por documentações que ainda estão dentro de suas instituições de origem, mesmo que elas se modifiquem ao longo do tempo e sua pesquisa se situe num espaço temporal muito afastado da experiência desse profissional, sua proximidade com as formas institucionais deve ser levada em consideração quando ele realiza suas análises e pesquisas.

No caso desta pesquisa, não raros foram os momentos em que o contato com pacientes da instituição me sensibilizou sobremaneira. As reflexões sobre o sofrimento humano praticamente se impõem sobre aquela ou aquele que se aventura a consultar a documentação do IPq-SC, avassaladoras. Um olhar, um grito, um choro. Uma cantilena de lavadeira cantada repetidamente ao longo de uma manhã fria, por uma senhora que anda de um lado ao outro do pátio ora ensolarado, ora nublado, a depender do clima do dia, entre seus colegas internados há sabe-se lá quanto tempo naquela instituição. Um senhor que coloca tudo o que pode encontrar nos bolsos esgarçados de sua bermuda. Os pés frios que insistentemente ficam descalços, a despeito das meias e calçados que lhes são entregues, e que se arrastam lentamente no chão, quando seu dono vem nos cumprimentar. São relances de um passado que não passa, permanências, e não podemos nos furtar da pergunta que fica martelando, no fundo da mente, quando estamos voltando para casa após um dia de trabalho com os papéis, mais antigos ainda que os pacientes-moradores: há quanto tempo essas pessoas estão lá?

Essas reflexões e inquietações resultaram no presente trabalho. Busquei tratar o tema com sensibilidade, observando, no entanto, da forma mais objetiva possível a documentação selecionada, entendendo que há uma influência da vivência proporcionada com o contato com a instituição, seus profissionais e pacientes.

Por fim, resta apresentar a estrutura deste trabalho, dividido em dois capítulos. O primeiro é destinado a fazer uma discussão acerca das diretrizes dos serviços nacionais de saúde pública, especialmente os debates dos psiquiatras envolvidos na formulação da Assistência aos Psicopatas e depois do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Discuti as legislações de 1934 e 1941, os decretos 24.559 e 3.171, vigentes no período de funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana aqui abordado, assim como o Plano Hospitalar Psiquiátrico e os ideais de psiquiatria dos principais médicos brasileiros, comparando com os comentários do Dr. Agripa de Castro Faria, diretor do HCS no período aqui abordado.

O segundo capítulo adentra a política de saúde pública catarinense, discutindo as características do hospital, partindo ainda do Relatório de Funcionamento de 1942, de forma a entender os serviços por ele fornecidos, buscando compreender como se estruturava. A partir da pesquisa com os prontuários, é apresentado o levantamento sobre a quantidade de internos e seu perfil social, mostrando dados quantitativos sobre a população da instituição. Discute-se também os diagnósticos mais utilizados, a medicação e os tratamentos empregados no Hospital Colônia Sant'Ana durante o primeiro ano de funcionamento de instituição.

2 CAPÍTULO 1 – O ESTABELECIMENTO DE UMA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA (1934 – 1941)

Uma rede nacional de atendimento em psiquiatria no Brasil só foi de fato realizada a partir do Governo Vargas. Anteriormente a isso, algumas iniciativas um pouco mais isoladas foram executadas, resultando na construção de hospitais e asilos em algumas cidades, como Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Barbacena¹⁹. Mas essas instituições não correspondiam a uma política pública de amplo alcance. Apesar de ter havido uma série de legislações para regulamentar a prática psiquiátrica, as instituições responsáveis pela higiene mental no Brasil, e tentativas de regulamentação da prática psiquiátrica antes de 1940, a construção da maioria dos hospitais anteriores a esse período derivavam mais de demandas locais – e da necessidade de assistir e conter a população de indivíduos desviantes, indigentes, e os “alienados” de então – do que de uma tentativa de criação de um sistema de assistência em saúde²⁰.

O governo de Getúlio Vargas, iniciado em 1930 e acirrado em 1937 pelo golpe que prolongaria seu mandato até 1945, foi o momento político da estruturação de um novo modelo de atendimento de saúde no país. “Sem esquecer as medidas que vinham sendo tomadas anteriormente, sobretudo durante a década de 1920, é sem dúvida a partir de 1930 que a política social passa a ser incorporada definitivamente como contribuição do Estado” (FONSECA, 2007, p. 26).

¹⁹ 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.

²⁰ Em termos legais, a primeira tentativa de institucionalização se deu em 1841, com o Decreto nº 82, que declarava a fundação do Hospital Pedro Segundo, destinado aos alienados, que deveria ficar anexado à Santa Casa de Misericórdia da Corte. Durante o século XIX até tal decreto os alienados tinham como espaço destinado as Santas Casas de Misericórdia, delegacias e prisões (ENGEL, 2001). A assinatura do decreto 82 inaugurava uma nova possibilidade. A partir de então, foram criados dez estabelecimentos destinados aos alienados durante o período imperial. Mas a legislação não fazia menção à criação de um plano nacional de assistência aos alienados, que era o termo legal da época para se referir às pessoas em sofrimento psíquico. Também não regulamentava a prática hospitalar como pertencente ao campo da medicina propriamente dita. Destacamos a presença de organizações religiosas e do tratamento moral dispensado aos indivíduos institucionalizados (PICININI; RODA, 2006). Em 1927 foi decretado um texto que se encarregava de um projeto nacional de amparo aos psicopatas, a partir de deliberações da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada 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, foi substituído pelo de número 24.559, de 1934, que propunha tratamento e proteção legal aos psicopatas.

A partir da criação do MESP (Ministério da Educação e da Saúde Pública) e suas constantes disputas e discussões em torno do atendimento em saúde pública, o tema da saúde mental ganhou ampla discussão institucional, especialmente durante a gestão de Gustavo Capanema, à frente do referido ministério entre 1934 e 1945. Neste capítulo, analisaremos os discursos dos psiquiatras brasileiros envolvidos na construção desse modelo de assistência.

Discuto a formação desse sistema de atendimento em saúde mental, privilegiando os debates em psiquiatria acerca da teoria da degeneração e eugenia da época, notadamente importante para o diretor do Hospital Colônia Sant'Ana entre 1941 e 1950, Dr. Agripa de Castro Faria. Busquei, nos relatórios reunidos pelo CPDOC num dossiê, textos que pudessem debater com a proposta de Faria e que explicassem suas aproximações com essas teorias. Existem ressonâncias do discurso eugênico entre alguns nomes que aparecem nessa documentação, como Henrique Roxo e o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, em quem se baseavam alguns dos profissionais brasileiros.

Os médicos brasileiros não só estavam a par das teorias europeias como buscaram formular suas próprias discussões a partir do que liam e da observação dos pacientes dos hospitais psiquiátricos brasileiros desde a primeira República. A partir dessas teorias, e por acreditar na higiene mental da população, foram atores importantes na construção da assistência em saúde mental no período estudado.

Se pudéssemos chamar "bio-história" as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si, deveríamos falar de "biopolítica" para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana; não é que a vida tenha sido exaustivamente integrada em técnicas que a dominem e gerem; ela lhes escapa continuamente. (...) o que se poderia chamar de "limiar de modernidade biológica" de uma sociedade se situa no momento em que *a espécie* entra como algo em jogo *em suas próprias estratégias políticas*. O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; *o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão* (FOUCAULT, 1988, p. 134). Grifos meus.

O termo biopolítica, segundo Sandra Caponi (2012, pp. 22-23), foi utilizado por Michel Foucault pela primeira vez em 1974, numa conferência feita por ele no Rio de Janeiro. Utilizando as raízes gregas *politiké*, que podemos traduzir sem mais delongas como política, e *bio*, uma das duas palavras gregas para "vida", para Foucault, a biopolítica da população possibilitou que questões biológicas se configurassem como objetos da política: corpo e vida tornam-se alvos do poder, não mais no sentido restrito individual, mas populacional.

Quando em "História da Sexualidade I: a vontade de saber" Foucault evidencia a questão do poder soberano sobre a vida, refere-se ao poder de decisão sobre a vida e a morte

dos súditos como condição para a sobrevivência da soberania, uma relação caracterizada por seus *meios de subtração*, uma subtração da vida. No entanto, na virada da modernidade para o que ele chama de época clássica²¹, o poder sofre modificações, e a subtração, o “confisco”, passa a ser apenas um de seus aspectos. (FOUCAULT, 1988. pp. 127-128).

A morte aparece, pois, como oposição ao direito do *corpo social* de viver, e o poder de morte transforma-se em *complemento do poder exercido sobre a vida* – poder de causar a vida, de devolver à morte (p. 130) – não deixando, portanto, de existir. Mas a lógica se inverte: se antes ao soberano cabia exercer o poder de permitir a vida ou de matá-los, porque sua má conduta era ameaça à própria vida do soberano, sendo o corpo social o corpo do soberano, agora um poder se exerceria no sentido de manter a vida, um poder positivo, de fazer viver, de controlar os corpos, e de dirigir à população políticas, leis, instituições enfim que garantissem a vida dessa população.

Provavelmente, os estudos e as estratégias eugênicas sejam o que melhor define as características dessa biopolítica da população que, ao mesmo tempo que propõe o melhoramento da raça e da espécie, parece precisar da construção de corpos sem direito, que configuram como simples “vida nua”, ideia que se mantém às margens das relações de poder, vida que pode ser submetida e até aniquilada (CAPONI, 2010. p. 24).

A autora Sandra Caponi aponta para um hibridismo entre o moral e o biológico na psiquiatria ampliada, tema de seu livro “Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada”. Ao utilizar o termo “vida nua”, faz referência à discussão proposta por Giorgio Agamben, que apresenta as noções gregas de vida comum a todos os seres humanos (*zoê*), a “vida natural”, e da vida enquanto “forma de viver própria” (*bíos*), uma vida politicamente qualificada. “A simples vida natural é, porém, excluída, no mundo clássico²², da *pólis* propriamente dita e resta firmemente confinada, como mera vida reprodutiva, ao âmbito do *oïkos*²³” (AGAMBEN, 2010. p. 10).

O autor afirma que são essas as definições a que Foucault se refere ao discutir a questão da biopolítica: a ideia de que a vida natural – nua – pôde ser incluída como objeto da política de populações, a partir do século XVIII, quando diferentes saberes começaram a se articular em torno dela para garanti-la. Concomitante a isso, curiosamente, nunca se morreu tanto em

²¹ algo equivalente ao período entre os séculos XVIII e XIX.

²² E por clássico ele se refere ao mundo grego clássico, e não à idade clássica de Foucault.

²³ Traduzido, simplificada, como “privado”, relacionado à família e ao contexto da casa, sob a esfera do poder do patriarca, pai.

guerras que nunca antes foram tão sangrentas. No entanto, tais guerras não se travavam mais em nome do soberano, mas em nome da própria sobrevivência da população.

Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens. E, por uma reviravolta que permite fechar o círculo, quanto mais a tecnologia das guerras voltou-se para a destruição exaustiva, tanto mais as decisões que as iniciam e as encerram se ordenaram em função da questão nua e crua da sobrevivência (FOUCAULT, 1988. p. 129).

Voltamos então ao argumento de Sandra Caponi, de que a eugenia representaria possivelmente um dos melhores exemplos de aspecto biopolítico das sociedades ocidentais. Na eugenia, a simples vida biológica é o objeto central do debate. O que entendemos por eugenia?

O termo “eugenia” foi inventado pelo cientista britânico Francis Galton em 1883, para nomear a possibilidade da aplicação dos conhecimentos biológicos sobre hereditariedade num controle populacional com vistas à melhoria da reprodução ou melhoria da raça²⁴. Enquanto o fazer viver garantiu determinados direitos para algumas parcelas da população – frutos também das resistências, embates, reivindicações dos mais variados setores da sociedade –, por outro lado vemos as tentativas de algumas esferas de controlar os nascimentos, gerando normas e imagens de famílias ideais em contraponto às famílias indesejáveis e degeneradas, que não deveriam existir e, caso existissem, não deveriam se reproduzir. Nesse sentido, cabia à eugenia combater a degeneração, mal hereditário, congênito, característico da população anormal, alvo das políticas de segregação e do sequestro social promovido pelas políticas públicas de psiquiatria aqui estudadas.

O que defendo aqui é que a rede de atenção em saúde mental inaugurada pelo Governo Vargas e executada ao longo do seu governo em todo o território nacional, e, portanto, em Santa Catarina, correspondia a um projeto eugênico e higiênico de psiquiatria, e que foi parte da construção do Estado brasileiro conforme as diretrizes políticas daquele governo. Para discutir isso me aportei principalmente em Cristina M. de Oliveira Fonseca, Ana Teresa Venâncio, Sandra Caponi e Michel Foucault.

Para compreender a formação da política de assistência psiquiátrica catarinense entre 1941 e 1945, foi necessário recuar um pouco no tempo e abranger primeiramente as políticas de Saúde Mental brasileiras que possibilitaram a construção e o funcionamento do HCS.

²⁴ Segundo Nancy Stepan, como ciência, a eugenia aportou-se no estudo das teorias sobre hereditariedade, discutindo a possibilidade de aprimoramento e purificação da raça humana. Mas a autora traz ainda a perspectiva de que a eugenia configurou também um movimento social, motivando o que ela chama de “administração científica” e “encorajando indivíduos e grupos “adequados” a se reproduzirem e, talvez mais importante, desencorajando ou evitando que os “inadequados” transmitissem suas inadequações às gerações futuras” (STEPAN, 2005; p. 9).

Analisarei o Decreto 24.559 de 1934, passando pelas alterações do Decreto 3.171 de 1941, e o Plano Hospitalar Psiquiátrico de 1940. Discuti brevemente alguns relatórios, correspondências e outras documentações disponíveis no site do CPDOC acerca da formação da Assistência a Psicopatas (depois chamada de Serviço Nacional de Doenças Mentais) entre 1934 e 1940, e comparei com o texto do relatório de funcionamento do diretor do Hospital Colônia Sant'Ana durante o ano de 1942, tentando verificar sua posição no debate sobre a assistência psiquiátrica brasileira da época.

2.1 O SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS E AS JUSTIFICATIVAS PARA O MODELO HOSPITAL-COLÔNIA

Do ponto de vista legal, durante o período aqui abordado, a psiquiatria brasileira deveria obedecer aos decretos 24.559, de 1934, e o decreto 3.171, de 1941. Sobre este, nos cabe dizer apenas, no momento, que se tratava de uma lei que reorganizava o Departamento Nacional de Saúde (DNS) do MESP. Dentro desta reestruturação, criava o Serviço Nacional das Doenças Mentais²⁵ com seus órgãos centrais: Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário. No entanto, essa lei não substituiu o decreto de 1934.

O decreto 3.171 não era uma legislação de saúde mental. Dispunha sobre a reorganização do Departamento Nacional de Saúde do MESP, cujas funções deveriam abranger desde a pesquisa sobre as condições de saúde, doenças e epidemias, sua prevenção e tratamento, administrar e dirigir os setores e serviços existentes no Brasil relacionados à saúde, e designar repartições em nível estadual e municipal destinadas às mais diversas atividades que se relacionassem à questão da saúde, e legislava ainda sobre as instituições particulares. Estaria apto ainda a promover cursos de aperfeiçoamento médicos e sanitários. Ao DNS caberia incentivar, fiscalizar, e assistir tecnicamente essas instituições, propondo ações, analisando critérios e controlando os recursos a serem aplicados nos diversos serviços de saúde sob sua jurisdição²⁶. Apesar de remodelar o nome não remodela o tratamento legal.

Seguimos enfim para uma breve discussão do Decreto 24.559, de 1934. Sua principal função era regulamentar as formas legais de tratamento dos pacientes psiquiátricos. Questões

²⁵ Substituindo a Assistência aos Psicopatas. Apesar disso, como veremos adiante, no HCS a Assistência aos Psicopatas ainda está presente nos documentos.

²⁶ Brasil. Decreto-lei 3.171. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde.

sobre as instituições às quais estariam destinados, quem poderia freqüenta-las, quais os profissionais envolvidos. Declarava, ainda, a criação da Divisão de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal, posteriormente substituída pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Demonstra as preocupações do governo no que se refere à higiene e atendimento em saúde pública das pessoas em sofrimento psíquico, das pessoas passíveis de internamento psiquiátrico, na época tratados legalmente pelo termo “psicopata”²⁷, e posteriormente (em 1941) pelo termo “doente mental”, abrangendo a assistência, a profilaxia e a proteção a esses indivíduos, instituindo a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Uma série de novas diretrizes em torno da Saúde mental foram abordadas²⁸.

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. Buscava 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. Os hospitais psiquiátricos poderiam ser de regime aberto, fechado ou misto, destinados a abrigar portadores de diagnósticos mentais ou usuários de drogas e álcool, caracterizados pela lei como “toxicômanos”. Podendo ser internados por judicial (que também valia para os manicômios judiciários), por vontade própria ou pedido da família. A legislação e outras fontes²⁹ apontam a preocupação dos integrantes do MESP com os locais destinados aos indivíduos considerados loucos.

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.

A preocupação com a definição legal de quais seriam os locais adequados, específicos para pacientes psiquiátricos, envolvem a questão do isolamento do paciente psiquiátrico. Segundo Paulo Amarante, este é um princípio básico da psiquiatria organicista ortodoxa: como

²⁷ Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>.

²⁸ Destacaremos aqui as principais e mais relevantes para o presente estudo. Uma análise mais pormenorizada do decreto foi realizada em meu trabalho de conclusão de curso. Para não me repetir muito numa análise já efetuada, trarei aqui um resumo das conclusões outrora oportunizadas pela detalhada leitura da legislação, com novos debates condizentes com o recorte e a complexidade da pesquisa atual.

²⁹ Relatórios do Dr. Jefferson, de Henrique Roxo, e do próprio Agripa Faria.

variáveis para se levar em consideração em cálculos matemáticos, família, amores, o ambiente externo ao hospital, tudo isso atrapalharia o médico na análise da doença do paciente, o que sugeria haver causas sociais para a doença mental (AMARANTE, 2007. p. 29).

O apelo à modernização aparece no texto da lei, inclusive explicitamente, no terceiro artigo. Além disso, a noção de higiene mental e de higiene social são pressupostos do sanitarismo - em alta durante a gestão Capanema. A medicina sanitarista desta época tinha uma preocupação de base social, muito própria das diretrizes do MESP, com a definição dos espaços de tratamento destinados aos pacientes.

Tratava-se, portanto, de um projeto social de Saúde Pública, que começava a ganhar forma e força que buscava consolidar uma estrutura institucional e construir uma rede de hospitais ao redor do país, com profissionais capacitados para atuar nesses espaços destinados à saúde (FONSECA, 2007, p. 246).

A formulação do campo da saúde pública, e da psiquiatria e do sanitarismo aliados nessas instituições, como possibilidade de área de atuação para a medicina, a criação de diretrizes sistemáticas e esferas burocráticas para os serviços de saúde, somadas à criação de órgãos nacionais, autonomia dos estados e municípios para orientar a população de acordo com suas especificidades, construção de instituições faziam parte de um projeto de gestão social da população pelo controle, no detalhe (AREND, 2005, p. 108).

Nesse sentido de controle, a suspeita de psicopatia justificava a internação, se fosse comprovada por atestado médico, observados antes da internação definitiva. A condição de especialista conferia ao médico autoridade de isolar ou não uma pessoa considerada louca³⁰ (CUNHA, 1986, p. 21). Da mesma forma, havia a possibilidade para o cancelamento da internação, caso o internante ou os responsáveis por ele assim desejassem e não houvesse perigo para a ordem pública, desde que fosse assinado um termo de responsabilidade de que se comprometeria com o tratamento e que estava ciente de que estava interrompendo o mesmo, retirando do psiquiatra a responsabilidade pela alta. Porém, se o diretor da instituição considerasse que a alta não era justificável, poderia conceder apenas uma licença de seis meses,

³⁰ 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.

que tinha, no entanto, função terapêutica³¹. No caso da internação por determinação judiciária, não haveria maleabilidade.

Apesar de a legislação deliberar sobre a necessidade de assegurar meios do indivíduo passar por um tratamento capaz de ressocializá-lo, não aponta, por exemplo, para 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. Confirma-se, portanto, o modelo manicomial.

É nesse sentido que entra o discurso sobre o trabalho empregado pelos psiquiatras que promoveram a defesa do modelo hospital-colônia como padrão para o atendimento psiquiátrico no Brasil. Em 1940, o Departamento Nacional de Saúde montou um dossiê endereçado ao ministro Gustavo Capanema, com propostas para a ação da união frente ao que eles consideravam “o problema da psicopatia”.

O Plano propunha que o modelo a ser seguido pelos hospitais do governo fosse o hospital-colônia, que vinha complementar as diretrizes legais de reintegração social, constante na psiquiatria brasileira da época (PORTOCARRERO, 2002, p. 110). O meio familiar e o meio social aparecem nos textos como elementos importantes e reestruturadores da mente do psicopata. A influência curativa de indivíduos moralmente desejáveis no convívio do paciente psiquiátrico seria positiva, além do exercício das faculdades morais e intelectuais.

Com o Plano o DNS reconhecia que mesmo com a legislação de 1934 o tratamento relegado à população crescente de doentes mentais não era o suficiente, e chegava a propor sua reformulação. Segundo o relatório, a situação da assistência ao psicopata ainda não havia se regularizado no Brasil e era necessário criar um Plano Hospitalar para uma ação unificada nos moldes da Constituição de 1937. O documento sugere as principais questões desenvolvendo um diagnóstico do atendimento psiquiátrico no país. Comparando o problema das doenças mentais a doenças como a tuberculose, a mortalidade infantil e a hanseníase, o documento aponta para 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. (...) 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

³¹ Conforme será possível verificar nos prontuários estudados no próximo capítulo, no Hospital Colônia Sant’Ana havia ainda uma prática chamada “alta experimental”, que podia funcionar a pedido dos familiares do paciente.

como atos antissociais, que implicam em perigo ou prejuízo para terceiros (Plano Hospitalar Psiquiátrico, 1941).

Além de comprometer o funcionamento “ordeiro” da sociedade que se pretendia com o Estado Novo, encontravam-se estas pessoas diminuídas em seu valor, pela perda de sua produtividade, ameaçando a economia. Atentemos para a desqualificação da “vadiagem” e patologização da indisposição e inadequação ao sistema produtivo. Associava-se sua suposta falta de capacidade para o trabalho aos problemas sociais que eles próprios sofriam.

Para sanar esta situação seria necessária a criação de hospitais-colônia, proposta de formato padrão para a assistência brasileira em psiquiatria e modelo para seu tratamento em todo o território nacional. Neste formato o paciente, após internado, realizaria trabalhos agrícolas como forma de tratamento. A “cura” é entendida aqui como reintegração do paciente à sociedade e à produção³². Possibilitava ainda que o hospital gerasse o mínimo de gasto para o estado: já que os pacientes produziram seu alimento, os gastos do estado com a alimentação dos internos seriam menores. 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).

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. Para Viviane Borges (2012) o trabalho era vinculado à reabilitação dos internos, 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.

É preciso destacar a diferença a estrutura do Hospital Colônia do Plano de 1941 é diferente das Colônias Agrícolas alienistas do século XIX como Juquery e Hospício Dom Pedro II: a ideia do hospital-colônia 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

³² 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).

preocupação, ficando o trabalho agrícola em foco, como forma de tratar moralmente os pacientes.

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 contagiosas (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). Dessa forma, acabou sendo utilizada também para portadores de sofrimentos psíquicos.

Para esse tratamento moral, era fundamental o isolamento, já que, pelos princípios clássicos do alienismo, como vimos anteriormente, 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).

Podemos dizer que tal discurso instituía 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. O modelo hospital-colônia, portanto, configura um hibridismo de práticas morais do modelo colônia agrícola, com a noção clínica de um hospital medicalizado. Nessa concepção de que os novos hábitos morais que seriam conseguidos através do trabalho, percebemos 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 onde a moralidade e o trabalho caminham juntos para alicerçar um projeto de hospital capaz de recuperar o doente.

2.2 TEORIAS DA DEGENERANÇA, EUGENIA E UM PROJETO POLÍTICO DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL DURANTE O GOVERNO VARGAS

Tinha que ser examinado pelo Henrique Roxo. Há quatro anos, nós nos conhecemos. É bem curioso esse Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei por que não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério — que mistério!

— que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele.

Lima Barreto, em “Diário do Hospício”.³³

Eis que o escritor brasileiro Afonso Henrique de Lima Barreto (1881-1922) nos brinda com uma descrição irônica de um dos personagens mais importantes da psiquiatria brasileira no período aqui estudado. Reincidente em internações psiquiátricas no “Hospício da Praia Vermelha”, o Hospital Nacional de Alienados, Lima Barreto deixou duas publicações acerca dessas internações. Uma delas, um diário, intitulado “Diário do Hospício”, nossa epígrafe. Autobiográfico, o texto conta acerca de sua internação e tratamento, destilando impressões sobre os profissionais que o trataram.

Um deles, Henrique de Brito Belford Roxo (1877-1969 – Rio de Janeiro), formou-se em medicina em 1901³⁴, tendo defendido a tese “Duração dos atos psíquicos elementares nos alienados”. Foi diretor do pavilhão de observações do então Hospital Nacional de Alienados³⁵, e sua “atuação (...) profissional ao longo das décadas confunde-se com a institucionalização da psiquiatria no Brasil como campo científico” (VENÂNCIO, 2010, p. 330). De fato, Lima Barreto acertou ao supor que “esse Roxo” era simpático de ideias europeias acerca das doenças psiquiátricas. Tendo frequentado a Clínica Psiquiátrica de Heidelberg e München, aproximou-se dos ideais de Emil Kraepelin, o que direcionou suas concepções e estudos sobre psiquiatria, degeneração e eugenia, ditando suas propostas políticas e contribuições para o atendimento em saúde mental brasileiro, entre elas, a obra chamada “Manual de Psiquiatria”, publicada em 1921 com forte inspiração kraepeliana. Durante o Estado Novo, foi o primeiro diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil – IPUB, ficando na direção até 1946.

Era defensor da ciência psiquiátrica, e para ele a prática clínica deveria necessariamente ser acompanhada pela pesquisa – algo que certamente aprendera em Munique, como poderemos verificar abaixo. Participou de organizações internacionais de psiquiatria nos Estados Unidos da América e na França. Some-se a isso o fato de ter estudado em München, possivelmente por isso foi designado para visitar a Europa a fim de fazer estudos de caso e

³³ BARRETO, Afonso Henrique de Lima. **Diário do hospício; o cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de editoração, 1993.

³⁴ Segundo o site da Academia Nacional de Medicina, embora pesquisas também afirmem que ele concluiu o curso em 1900.

³⁵ Criado em 1852, o Hospital Nacional de Alienados, “Hospício da Praia Vermelha”, foi, primeiro, Hospício Dom Pedro II.

buscar soluções para o problema da assistência psiquiátrica no Brasil em 1936, a pedido do Ministro da Educação e Saúde Pública na época, Gustavo Capanema.

Emil Kraepelin foi um psiquiatra alemão que obteve muito sucesso ao diferenciar o que ele chamou de *dementia precox*, a demência precoce³⁶, da psicose maníaco depressiva³⁷. Suas teorias sobre doenças psiquiátricas e como se desenvolvem e evoluem encontram ressonância até hoje. Segundo Sandra Caponi, a psiquiatria que aceita o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) é herdeira de suas formulações, já que o manual se identifica como neokraepeliano.

Viveu entre 1856 e 1926 e é comumente citado como “pai da psiquiatria moderna”. Após formar-se, foi professor na Universidade de Tartu (atual Estônia) e foi diretor de uma pequena instituição psiquiátrica onde pôde iniciar suas observações do curso das doenças psiquiátricas que acometiam os pacientes, posteriormente desenvolvendo sua teoria. Opunha-se epistemologicamente a Sigmund Freud, na medida em que argumentava que os transtornos tinham uma origem orgânica, biológica, e não poderiam ser explicados por fatores psicológico, traumas ou experiências. A diferença principal entre os dois autores repousa no fato de que Freud preocupou-se muito mais em estudar a dimensão psíquica das perturbações mentais, enquanto que Kraepelin buscou explicá-las em termos mais organicistas.

(...) é correto supor que certos estados de humor possam ser ocasionados diretamente por influências danosas: as intoxicações por álcool, cocaína, ópio, haxixe são exemplos disso. Mas, mesmo os efeitos clínicos de tais estados de humor, suas formas de expressão, sua influência sobre a percepção, o pensar e o agir, são totalmente dependentes das pré-condições existentes no sujeito (KRAEPELIN, 2009, p. 170).

Segundo a hipótese kraepeliana da degeneração, causas sociais só seriam capazes de fazer desenvolver a loucura naqueles predispostos a ela. O psiquiatra admitia que havia a possibilidade de influências externas para desencadear a doença mental, mas a degeneração era uma condição congênita. Mesmo assim, isolar o paciente das interferências externas ainda faz sentido dentro da lógica higiênica proposta pelos psiquiatras brasileiros seguidores de sua linha de pensamento, para que a doença pudesse ser diagnosticada e entendida em uma espécie de estado puro. Por retirar o paciente do convívio social com o meio “viciado” onde vivera, o

³⁶ Muitas vezes chamada de “esquizofrenia antes da esquizofrenia”, demência precoce foi o termo utilizado já em 1860 por Bénédict-Augustin Morel para definir um transtorno que agia como degradação da cognição, agitação e “dissolução psíquica” (TENÓRIO, 2016, p. 945).

³⁷ Tipo de psicose em que o paciente alternaria entre estados maníacos e depressivos durante os “surto”, retornando à “normalidade” ou “recuperação completa da personalidade” após estes episódios. Para mais informações a este respeito e sobre outras classificações diagnósticas da época, ler o artigo “Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais”, de Fernando Tenório, publicado na revista de História, Ciências e Saúde – Manguinhos de 2016, v. 23, n. 4.

hospital, por meio de sua rotina, educaria e disciplinaria este indivíduo. É o que Paulo Amarante caracteriza pelo tratamento moral do hospício e do próprio hospital como prática terapêutica, conforme vimos anteriormente com a justificativa para o modelo escolhido.

Cristina M. de Oliveira Fonseca demonstra que durante todo o Governo Vargas houve forte ação institucional do Executivo na saúde pública como forma de fortalecimento do poder público. A autora situa sua análise a partir das reflexões sobre Estado de Bem-Estar (*Welfare States*), de acordo com Esping-Andersen e Pierson, discutindo as disputas e redistribuições de poder em torno de um projeto político de país (FONSECA, 2007, p. 25). Assim como a autora, entendo as ações e projetos de Saúde Pública, especialmente os de Saúde Mental, como parte do projeto de nação varguista, na medida em que apresenta consonâncias com as ações desenvolvidas pelo governo em outras áreas.

Para que os projetos em saúde pública na área da psiquiatria pudessem ser levados a cabo, uma série de comissões, secretarias e pesquisa foram movidas. O que fica evidente é que havia um debate entre os profissionais que realizavam tais projetos, e as discussões e embates estão presentes na documentação disponibilizada pelo CPDOC da Fundação Getúlio Vargas.

A psiquiatria brasileira da década de 1940 está intimamente ligada aos conceitos de eugenia e degeneração. A documentação referente ao período frequentemente fala de fatores como hereditariedade e ‘profilaxia mental’, bem como da natureza degenerada dos acometidos pela ‘psicopatia’.

A fim de estudar modelos internacionais de assistência psiquiátrica, em 1936, Gustavo Capanema pediu que Henrique Roxo visitasse hospitais psiquiátricos internacionais de forma a reunir suas impressões e trabalhar num projeto nacional.

Tendo sido enviada por V. Exa. uma carta datada de 18 de fevereiro de 1936, em que me era confiada a honrosa missão de estudar na Europa a organização dos Institutos de Psiquiatria, dirigi-me a Munich, na Baviera, onde se encontra o instituto que é modelo do gênero (Roxo, 1936).

O Instituto de Psiquiatria de Munique tinha sido e inaugurado em 1918, criado por Emil Kraepelin, que na época da visita de Roxo já havia falecido. Kraepelin havia sido diretor do Instituto durante todo o período em que foi catedrático de Psiquiatria, mantendo o ofício de docente e de pesquisador enquanto trabalhava com os pacientes. Essa mesma tendência pode ser observada no próprio Henrique Roxo. Em 1919 o Supremo Tribunal Federal legalizara a acumulação de cargos de professor catedrático e diretor do Instituto de Psicopatologia do Hospital Nacional de Alienados. “O Instituto de Psicopatologia mantinha a tradição do Pavilhão de Observação de ser a porta de entrada para internação de pacientes no Hospital: ali eles

permaneciam ‘em observação’ pelos médicos que cursavam a Faculdade de Medicina, sob orientação de Henrique Roxo” (VENÂNCIO, 2010, p. 331).

Roxo assumia um posicionamento organicista de psiquiatria, inclinado a não admitir influências psicanalíticas em suas concepções médicas.

A psiquiatria moderna é essencialmente organicista e quando se vê a doença mental surgindo em consequência de algum abalo moral, de um distúrbio do pensamento, vai-se apurar em última análise que isto vai agir pela alteração de glândulas de secreção interna, de distúrbios nutritivos do neurônio (nevrônio), de perturbações circulatórias, de desequilíbrios vaso-simpáticos (ROXO, 1936).

Em consonância com Kraepelin, Roxo aponta para as causas biológicas das doenças mentais. Os conceitos de degeneração e hereditariedade 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. 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). Desde o século XIX sendo discutido entre os psiquiatras, esse tema ganhou nova força ao ser discutido por Emil Kraepelin e seus seguidores. Ao mesmo tempo em que consolidava novas bases e métodos de análise para a psiquiatria, Kraepelin revisitava uma ideia bastante antiga – a da degeneração mental.

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.

Já se apontou muitas vezes, por exemplo, para o fato de que os quadros patológicos surgidos entre os judeus – especialmente entre aqueles vindos da Europa oriental – não raro apresentam traços desviantes, "degenerativos" e histéricos – mas uma descrição mais exata destas particularidades ainda não foi possível. Ademais, parece que determinadas diferenças podem ser observadas no comportamento dos doentes mentais de países e de culturas diversas – mas também faltam pesquisas mais aprofundadas para comprová-lo; e estas, por sua vez, também oferecem muitas dificuldades em virtude da heterogeneidade da população nas instituições (KRAEPELIN, 2009, p. 176).

O biodeterminismo e a anatomopatologia seriam fundamentais para determinar quem era e que não era são, já que a sanidade estaria atrelada a fatores físicos, atribuídos a comportamentos inadequados, desviantes, perigosos (FERLA, 2009, p. 24). Mas também as questões culturais seriam observadas como sintoma de anormalidade ou como fatores para influenciar ou não o desenvolvimento das doenças, ainda que fossem caracterizados como secundários para Kraepelin.

Foi essa epistemologia que possibilitou o surgimento das teorias da higiene social – e mental – e a aplicação das teorias eugênicas à psiquiatria. A partir do biodeterminismo, os pacientes psiquiátricos poderiam ser considerados seres anormais e que comprometiam o futuro da raça, alicerce nacional, uma questão de soberania do povo. “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 Cesare Lombroso, um dos fundadores da medicina-legal moderna, ganhará uma complexa gama de estratégias onde a prevenção torna-se crucial (FERLA, 2009, p. 25). Essa higiene preventiva faz parte da eugenia.

Desta forma a degeneração precisava ser diagnosticada o quanto antes, para que não se proliferasse, para que fosse tratada e delegada aos espaços de controle, de forma a conter a proliferação desses indivíduos e enfraquecimento da 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.

2.3 AGRIPA DE CASTRO FARIA: UM DOS NOMES DA LOUCURA

Agripa de Castro Faria, nascido em Campos (RJ), em 1901, Formou-se médico pela Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Mudou-se para Santa Catarina, onde abriu uma clínica em São Joaquim da Costa da Serra (atual São Joaquim). Politicamente, era simpático à Aliança Liberal e à Revolução de 1930, e em 1934 elegeu-se deputado para a Assembleia Constituinte de Santa Catarina pela Coligação por Santa Catarina; participou da elaboração da Constituição de agosto de 1935 e permaneceu no exercício do mandato até o golpe do Estado Novo, que suprimiu as câmaras legislativas do país.

Foi deputado estadual pelo Partido Social Democrático (PSD) após a queda do Estado Novo, eleito em 1947, e manteve-se na política: filiado ao mesmo partido, posteriormente foi eleito suplente do senador Benjamim Gallotti, por Santa Catarina. Em 1950 elegeu-se deputado federal pelo estado, e em 1954 deixou o cargo para ocupar a cadeira do senador do qual era

suplente, mandato que executou somente por dois meses, até 1955. Entre 1958 e 1965 foi assistente da presidência da Legião Brasileira da Assistência em Santa Catarina.

Agripa Faria dirigiu o Centro de Saúde de Florianópolis, foi titular de uma diretoria da Secretaria de Saúde Pública e diretor do Serviço de Assistência aos Psicopatas do Estado de Santa Catarina de 1940 a 1943, sendo ainda diretor do Hospital Colônia Sant'Ana da inauguração, em 1941, até o ano de 1950. Como diretor, empenhou-se em dedicar, no primeiro Relatório de Funcionamento do HCS, suas opiniões acerca das doenças mentais e seu tratamento:

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]

Para o diretor, era evidente que havia fatores hereditários na questão da loucura, e preocupa-se, no texto, em evidenciar que se fazia necessário observar a questão familiar como forma de desenvolver uma política eugênica. No trecho acima, o próprio Agripa Faria dá o tom da política de saúde mental por ele implementada: uma política eugênica de tratamento da doença mental.

Havia uma preocupação com uma gestão populacional que abrangia toda a sociedade catarinense, 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 apresentadas anteriormente: a nação que a Constituição de 1937 previa precisava ser idônea e não apresentar máculas – sendo uma delas a “doença mental”.

Mas em nenhum momento esses pressupostos eugênicos da psiquiatria brasileira, pelo menos nos documentos estudados, apresentam ideias de extermínio. Essa é uma tendência das teorias eugênicas na América Latina. No Brasil, assim como na Argentina e no México, as teorias eugênicas, apesar de possuírem forte inspiração europeia, não foram unitárias. Constituiu-se como um campo do conhecimento modificado e reformulado a partir dos diferentes contextos institucionais e populacionais³⁸. No caso da eugenia apresentada por Agripa, a principal preocupação era a da profilaxia.

³⁸ Para saber mais sobre o assunto, a introdução do livro “A Hora da Eugenia”, de Nancy L. Stepan pode ser bastante elucidativa.

“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 de forma a coibir reprodução de indivíduos que fossem diagnosticados com problemas psiquiátricos ou que tivessem, em sua família, pessoas com esse tipo de diagnóstico³⁹.

Outro elemento da profilaxia e higiene mental era a preocupação com a infância e seu desenvolvimento mental. Para Bruna Viana (2013) 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 pequenas, controlar os instintos e lhes assegurar ambientes salutarés de desenvolvimento psíquico e patriótico, imputando-lhes hábitos morais condizentes com aquele projeto de Estado.

Para os adultos, a educação para o trabalho aparece novamente, em consonância com as diretrizes do Plano Psiquiátrico, o que demonstra que estes médicos de formação sanitarista estavam em constante discussão acerca destes temas. A regeneração desses doentes só poderia ocorrer a partir do trabalho e do tratamento médico *adequado*. É certo que existia uma preocupação com fornecer a estas populações tratamento específico. 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 livre da “esquisitice”:

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

³⁹ Até o momento desta pesquisa não foi possível encontrar fontes que comprovassem que essa medida foi implementada em Santa Catarina.

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

Portanto, a profilaxia mental não tinha apenas um caráter de tratamento médico, mas também de controle moral e social. Segundo Marcos Cesar Alvarez (2004), o controle social não está posto dentro de uma dicotomia entre Estado e Sociedade, possui uma relação mais fluida, abrangente e complexa. Buscamos portanto uma compreensão mais ampla, sem pensar que se pretende exercido pelo Estado. O Estado entra como um dos elementos do controle social, que produz regras e instituições, mas não corresponde à totalidade deste fenômeno (ALVAREZ, 2004, p. 170).

Aqui, no entanto, num primeiro momento, estamos discutindo as diretrizes básicas de saúde pública do Estado par uma demanda de saúde que era da sociedade como um todo. 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.

Se nas propostas do MESP a eugenia aparece como linha de raciocínio e de ação para as iniciativas de saúde mental, em Santa Catarina não foi diferente. De acordo com o Relatório de Agripa Faria,

O aperfeiçoamento da raça redundando 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 nosmótico, 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.

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

O Diretor Agripa Faria, a partir de sua carta ao Interventor, não apenas demonstra quais as necessidades práticas do Hospital, quanto ao isolamento, o tratamento e o trabalho. Sua preocupação com a ordem social, com valores cristãos e harmonia como caminho para a saúde mental são, par ele, diretrizes a serem seguidas pelo Estado. Mas para observar a moralidade e o bem-estar social, a política de saúde deveria implementar-se visando modelos eugênicos de tratamento, com ênfase na modernização e na higiene. A idéia de criar uma série de setores e de ações em cadeia, como o exame pré-nupcial, o exame escolar, pré-escolar, demonstram como se articula a noção por ele empregada de profilaxia mental – a idéia de que se pode prevenir a degeneração das gerações futuras e o aparecimento de doenças mentais nos indivíduos se eles forem expostos a uma educação moralmente regrada e a exames constantes.

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.

Nesse sentido este projeto não se findava com a criação do Hospital Colônia Sant'Ana, sendo tal instituição apenas uma de suas frentes. Até o presente momento da pesquisa não foi possível acessar nas fontes informações que dêem conta de todos os encaminhamentos que o diretor sugere ao governo do Estado. Buscarei nos próximos capítulos discutir estas questões ampliando a análise das fontes. Para o presente capítulo, nos contentamos em compreender o discurso institucional, os anseios expressos pelo diretor no Relatório, e seus anseios no encaminhamento dessa política, estando ele a frente da única instituição de Saúde Mental do Estado na época.

Por fim, se faz necessário frisar que o diretor da instituição tinha, como pudemos ver, uma definição bastante ampla de Saúde Mental, incluindo em seu seio a própria vivência em harmonia da sociedade e felicidade dos indivíduos componentes dela. Para ele as políticas públicas de controle populacional deveriam seguir as mesmas diretrizes e as instituições, como

abrigos, penitenciárias e hospitais psiquiátricos, deveriam relacionar-se entre si, garantindo uma espécie de “paz ordeira”. Para ele, portanto, o Hospital aparece como um dos alicerces do projeto de sociedade que ele e seus aliados deveriam buscar:

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, no entanto, não foram executados, ou foram executados de maneira incompleta. Outros, só anos mais tarde apareceriam, como é o caso do Manicômio Judiciário, construído apenas na década de 1970 (BORGES, 2013, p. 2). Até 1970, aqueles que respondiam por crimes judicialmente e eram considerados doentes mentais eram encaminhados para o Hospital Colônia Sant’Ana, como será possível verificar na análise dos prontuários nos capítulos posteriores. Mesmo que esses desejos institucionais não tenham todos se realizados, ou que não possamos encontrar nos documentos a confirmação para essas práticas, analisar esse relatório nos possibilita discutir os termos gerais da noção de profilaxia mental e higiene social característicos das estruturas de poder da psiquiatria da época.

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.

É importante frisar novamente que não apenas a questão do gasto ou mesmo da purificação da sociedade nortearam esse projeto. Agripa Faria ressaltou várias vezes a necessidade de criar espaços em que o doente se sentisse confortável, que se criassem as estruturas necessárias para que ele pudesse 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. Ressalto novamente que esta é característica também da ciência eugênica cunhada em solo brasileiro e na América Latina como um todo. As medidas eugênicas eram sempre dotadas de certo ponderamento, uma espécie de condescendência paternalista. Friso ainda a importância atribuída à assistência

heterofamiliar, bem como as diferentes frentes de trabalho que os pacientes desenvolveriam dentro do hospital.

Aliando o discurso moral a pressupostos de modernização pautados numa vontade de cientificidade, Agripa de Castro Faria é bastante representativo de uma corrente psiquiátrica dominante no Brasil que usava do hibridismo teórico para explicar o fenômeno da doença mental e justificar seu internamento – por uma via múltipla: o isolamento garantia a proteção do doente, o conhecimento da doença em seu “estado natural” e a segurança da sociedade de um modo geral; o trabalho garantia a melhora dos sintomas das doenças, ao mesmo tempo em que lhe preparava moralmente para o retorno à sociedade; as instituições estatais garantiam a assistência à população e seu bem-estar, impedindo que mais indivíduos se adoentassem. A eugenia de que trata é, portanto uma eugenia da prevenção, com vistas ao aperfeiçoamento da raça.

3 CAPÍTULO 2 – O ESTABELECIMENTO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (1941-1942)

Neste capítulo, será apresentada uma análise das políticas públicas catarinenses até então, em especial as relacionadas à segurança e à saúde pública. Discutindo a administração do interventor Nereu Ramos, buscar-se-á historicizar as iniciativas na área da saúde no Estado. Falaremos um pouco sobre as duas instituições de saúde mental anteriores ao HCS, o Asilo Azambuja e o Hospício Oscar Schnider, local de onde vieram a maioria dos pacientes internados no HCS em 1942.

O Relatório de Funcionamento será utilizado novamente, dessa vez a tabulação de dados fornecida pelo próprio Agripa Faria a partir de dados coletados durante o primeiro ano de funcionamento. Buscar-se-á identificar os serviços fornecidos, especialmente em termos de estrutura – enfermarias, setores de praxiterapia, custos relacionados ao funcionamento do hospital. Será apresentado um levantamento sobre a quantidade de internos e seu perfil social, apresentando dados quantitativos sobre a população da instituição.

Será feita a caracterização do perfil social dos primeiros pacientes da instituição, levantando os dados sobre os pacientes. Foram localizados apenas 188 prontuários, e utilizaremos uma amostragem de oito destes documentos para discutir sobre os tratamentos dados aos pacientes. Dialogaremos o tempo todo com o trabalho de Araselle Fontoura, buscando avançar nas discussões por ela propostas, de forma a ampliar o debate sobre o estabelecimento do Hospital na década de 1940, especialmente o ano de 1942, foco deste trabalho.

3.1 POLÍTICA CATARINENSE DE SAÚDE MENTAL E AS MUDANÇAS DA ERA VARGAS

Em 1940 o Ministério da Saúde e da Educação desenvolveu uma série de trinta e dois questionários para monitorar os serviços prestados pelo governo nacionalmente. Os temas eram diversos, e iam desde gestão financeira, passando por questões relacionadas aos serviços prestados pelas polícia civil e militar, até o desenvolvimento de pesquisas científicas. Cada estado deveria responder a todos os questionários, e Santa Catarina não deixou de enviar todas

as respostas. O questionário número 30 tratava da questão dos serviços de profilaxia das doenças mentais e hospitais psiquiátricos, e podemos ver a resposta de Santa Catarina abaixo:

Questionário nº 30

1. Quais os serviços montados pelo Estado, de novembro de 1930 até agora, para a profilaxia das doenças mentais?
2. Quais os estabelecimentos hospitalares para doentes mentais construídos e aparelhados? Qual a capacidade?
3. Foram remodelados ou ampliados hospitais porventura existentes?

Resposta

Até 1940 não tinha o Estado Nenhum estabelecimento hospitalar para internamento de psicopatas.

Funcionavam apenas no Estado dois pequenos hospitais, um anexo ao hospital de Azambuja, de uma instituição de caridade e o de Joinville, doado à prefeitura por um particular.

Em 30 de janeiro de 1940 foi criado, pelo decreto-lei nº 416, o Serviço de Assistência a Psicopatas.

Já em 20 de agosto de 1938 foi lançada a pedra fundamental da Colônia para Psicopatas.

A planta da referida Colônia foi aprovada pela Divisão de Assistência aos Psicopatas do D.N.S.P.

Tem o terreno uma área de 1.500.000m², sendo a área edificada de 7.406,045m².

Tem 5 pavilhões, com todos os requisitos modernos, com capacidade para 300 doentes.

É dotada de todos os serviços auxiliares.

Funcionará durante o ano de 1941 (BRASIL, 1940, p. 1375).

Durante o governo Vargas, Santa Catarina passou por um processo de modernização, incluindo a criação de instituições de controle e uma remodelação dos serviços públicos. A crescente burocratização dos serviços públicos tinha por objetivo organizar a prestação de serviços do Estado e obter um maior controle das medidas tomadas em prol do projeto de nação do governo varguista mesmo nos estados mais afastados do centro do país.

A autora Cristina M. O. Fonseca identificou três eixos, articulados entre si, que nortearam as políticas públicas de toda a era Vargas, sendo **o primeiro** caracterizado pela crítica do caráter privado da política brasileira, associado a uma positivação e tentativa de aplicação da federalização e da descentralização; **o segundo** eixo seria a tentativa de construção de uma política nacional organizada e articulada de forma orgânica (por meio de seus órgãos e legislações); **o terceiro** eixo seria a importância do governo central como cerne do Estado e a busca pela conscientização nacional (FONSECA, 2007, pp. 63-64).

Este questionário, assim como seus irmãos de outros temas, demonstra essa busca por essa federalização descentralizada: ao estabelecer as perguntas, define o que é crucial para o Estado brasileiro naquela época como prática de controle social e de saúde pública no aspecto

específico da Assistência a Psicopatas. Estabelecendo os pressupostos ao mesmo tempo em que indica as ações que considera necessárias – da mesma forma que o Plano Hospitalar Psiquiátrico mencionado no capítulo anterior –, demonstra que era necessário mapear as instituições pré-existentes e ampliá-las *ou* construir novas instituições, caso as anteriores não se enquadrassem no projeto nacional em andamento, e reportar ao governo federal sua capacidade. Tudo isso para garantir que estes serviços estivessem a pleno funcionamento o mais rápido possível.

Esta gestão burocratizada também acontecia na esfera estadual. Em visita ao Arquivo Público de Santa Catarina, foi possível encontrar alguns relatórios de funcionamento do Hospital Colônia Sant’Ana dentro da pasta da Saúde Pública. Procuramos encontrar menções ao HCS entre 1939 e 1949⁴⁰. Encontramos relatórios dos anos de 1939, 1940, 1942, 1943, 1947, 1948 e 1949. Há um hiato entre 1940 e 1942, e um novo hiato entre 1943 e 1947, sem informações sobre a instituição nestes anos, apesar de terem sido encontrados outros documentos referentes à saúde pública em Santa Catarina na mesma época. Não é possível saber se estes relatórios simplesmente não foram feitos ou se foram perdidos e não anexados ao resto da documentação referentes aos respectivos anos.

O governador do Estado de Santa Catarina, Nereu Ramos, eleito indiretamente em 1935 e depois nomeado Interventor em 1937, foi responsável pela implementação do novo projeto de sociedade a nível estadual. Outras instituições integravam este projeto de sociedade, e algumas delas vinham funcionando desde a década de 1930, como por exemplo a Penitenciária da Pedra Branca (atual Penitenciária de Florianópolis).

São os doentes mentais recolhidos atualmente ao hospital de azambuja, estabelecimento particular, em Brusque, e ao Hospício Oscar Schneider, municipal, em Joinville.

Não dispõem de instalações apropriadas e menos ainda de recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente dos doentes.

Com eles, entretanto, dispense o Estado, anualmente, mais de duzentos contos de réis. (SANTA CATARINA, 1939, p. 128)

Este é o primeiro parágrafo de um dos Relatórios da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina em 1939, referente à questão específica da nova Colônia para psicopatas, cuja construção se iniciara naquele mesmo ano. O texto apresenta a justificativa para a criação do novo hospital: no Estado, não havia local nem tratamento adequado para os que padeciam de

⁴⁰ Buscamos nos concentrar na década de 1940, porém, por saber que a construção do Hospital iniciou ainda no final da década de 1930, optamos por selecionar também o relatório de 1939, por considerarmos importante discutir os preâmbulos da inauguração do Hospital aqui estudado.

doenças mentais. Os locais que existiam não davam conta da demanda e nem tampouco estavam dentro das conformidades necessárias ao progresso de Santa Catarina.

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 e *após ouvir especialistas*, entre os quais o ilustre doutor *Waldemiro Pires, ilustre diretor da divisão de assistência a psicopatas do Departamento Nacional de Saúde*, adquiriu o governo, por cento e setenta contos de réis, no lugar do 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.

No dia 20 de agosto foi lançada a pedra fundamental, sendo atacadas as obras com a decisão de as entregar em breve prazo aos seus altos objetivos sociais.

Com capacidade a Colônia para trezentos doentes, obedeceu-lhe o projeto em execução aos modernos preceitos da psiquiatria, *assegurando-se a separação dos sexos e a distribuição dos internados, consoante suas reações psicopáticas* (Santa Catarina, idem. Grifos meus).

O trecho acima, escrito antes mesmo de o Hospital iniciar seus trabalhos, evidencia uma série de questões que preocupavam os gestores no concernente à psicopatia e nos dá pistas sobre o funcionamento dos hospitais Azambuja e Oscar Schnider. Quanto a esses dois estabelecimentos, aparentemente ambas as instituições funcionavam de maneira asilar, ou seja, recolhiam os indivíduos perturbadores da ordem que fossem diagnosticados (talvez nem mesmo um diagnóstico recebessem!) com doenças mentais, davam-lhe alimentação, moradia, roupas e local para dormir, e possivelmente alguma higiene. Mas não eram clinicamente tratados. Não recebiam, portanto, tratamento para seus sintomas psíquicos.

A preocupação com as especificidades da ciência psiquiátrica se faz notar também pela importância dada ao conselho do especialista Waldemiro Pires, diretor da Divisão de Atenção aos Psicopatas do Departamento Nacional de Saúde. No relatório do ano seguinte seu nome também é evocado como nome autorizado para consulta acerca das diretrizes a serem seguidas pela psiquiatria do Estado:

O dr. Waldemiro Pires, ilustre diretor da assistência a psicopatas do Departamento Nacional de Saúde, a pedido do governo do Estado, destacou o Dr. Denis Ferraz, brilhante elemento daquela divisão, para acompanhar o acabamento da obra, de maneira que não lhe falem quaisquer condições técnicas e orientar o serviço na sua fase de organização (Santa Catarina, 1940, p. 192).

Como dito no capítulo anterior, o formato hospital-colônia era recomendação nacional para a construção dos hospitais da nova política de saúde mental, com a devida separação entre sexos e divisão entre pacientes agitados e não agitados. Estas parecem ter sido as únicas

preocupações referentes à distribuição dos pacientes no espaço hospitalar, como veremos mais adiante.

A criação do Hospital Colônia Sant'Ana faz parte do conjunto de esforços modernizadores do governo interventor de Nereu Ramos. O HCS foi inaugurado em 1941, em novembro. No ano anterior, tinha sido inaugurado o Hospital Colônia Santa Teresa, destino dos hansenianos. A hanseníase, popularmente conhecida como lepra na época, era uma forte preocupação para o governo do estado. A assistência à Saúde entrou em foco, tendo sido inaugurada uma série de hospitais, a saber: o Hospital Nereu Ramos, o Hospital Colônia Santa Teresa e o Hospital Colônia Santana.

No Brasil todo, colônias para hansenianos foram inauguradas nessa época - assim como para “psicopatas”. Lepra e loucura andam juntas no mundo ocidental, historicamente, entre rupturas e continuidades, desde a Idade Média. Na Santa Catarina da década de 1940 a questão da higiene e dos padrões de saúde da população preocupavam as classes média e alta, e foram copiosos os esforços das elites políticas a fim de combater este “mal civilizatório” durante o governo Vargas, especialmente durante o período do Estado novo, de modo que os pacientes identificados com o Mal de Hansen passavam por internações compulsórias - e não raro, por toda a vida.

As semelhanças entre o tratamento recebido pelos classificados como insanos e os hansenianos são diversas; isolamento, corte do contato com a família, estigma social, caráter experimental dos tratamentos, pregação religiosa e consequente atribuição da doença como um castigo divino, trabalho compulsório - em oficinas ou na agricultura -, violência e silenciamento.

Porém a Colônia Santa Teresa guarda uma série de diferenças em comparação à Colônia Sant'Ana, especialmente do ponto de vista do espaço físico. Enquanto o HCS era um hospital pavilhonado, um labirinto de alas entrecortado por corredores ladeados com áreas em que os pacientes podiam pegar sol, o HCST era uma “mini-cidade”. A ideia era simular “a vida normal” dos pacientes antes de serem institucionalizados - o que demonstra a intenção da internação permanente. Havia cadeia própria, teatro, igreja, e até uma vendinha.

Ocupando cerca de 80 hectares, o HCST era dividido em alas masculinas, femininas e infantis. Havia um cartório civil e uma delegacia - que punia os desvios de conduta ou fugas -. Eram encontrados naquele espaço também uma igreja católica, um cine cassino e uma prefeitura. Segundo Celso de Souza Júnior (2007, p 92), no final de 1940 o HCST atingia seu maior número de pacientes, 694 internados, sendo 17 estrangeiros e os demais brasileiros. A grande maioria tinha entre 15 a 34 anos de idade e eram 388 homens e 306 mulheres e muitos eram casais. Foram estes primeiros

pacientes que trabalharam na finalização das obras inacabadas da instituição (OLIVEIRA, Ana C. P., 2014).

O que parece ser o caso da lepra é a intenção de internação para a vida - a impossibilidade de cura, pelo menos durante a década de 1940, fazia com que o projeto de hospital fosse uma proposta de manutenção vitalícia dos pacientes no local. Além da questão da incurabilidade, a questão do contágio: como não podiam ser curados e a doença era tida como altamente contagiosa, o formato do hospital se diferenciava do formato do Hospital Colônia Sant'Ana, apesar de apresentarem o mesmo modelo - hospital-colônia.

A questão da curabilidade aparece em segundo plano - a grande maioria das doenças mentais não tinham cura nesta mesma época. No entanto, o discurso de reintegração social do paciente psiquiátrico é latente - e legítima o formato do hospital -, ainda que as práticas não discursivas da psiquiatria brasileira não necessariamente atendam a esta proposta de ressocialização (o que não foi diferente em Santa Catarina). Parece, portanto, que a questão do contágio foi fundamental para a diferenciação entre um Hospital Colônia e o outro.

Destinada ao recolhimento e tratamento de psicopatas, ocupa a área coberta de 7.333.830 m², situada a 20 quilômetros de Florianópolis. *Dirige-a o dr. Agripa de Castro Faria, que fez na Capital da República, o curso de especialização do Departamento Nacional de Saúde pública.*

Compõe-se a Colônia de cinco pavilhões para ambos os sexos, *com instalações modernas* de raio x, laboratório, gabinete dentário, serviço otorrinolaringológico, bloco cirúrgico, serviço de balneoterapia e de identificação (Colônia Sant'Ana, 1942, p. 105). Grifos meus.

A noção de modernidade regeneradora, analisada por Cynthia Machado Campos no seu livro “Santa Catarina, 1930: da degenerescência à regeneração”, parte de um princípio de civilidade pautado na educação dos costumes em relação à higiene e à saúde. Segundo a autora, o nacionalismo catarinense passava necessariamente por uma vontade de normatização das instituições públicas e da homogeneização do tratamento em saúde de uma forma geral.

Para a autora, estavam empenhados nesse projeto não só atores ligados diretamente ao governo, mas também os profissionais de saúde - especificamente a figura dos médicos -, os intelectuais, a imprensa e as elites. “O que ficou evidente nos discursos e práticas difundidos a partir de 1930 foram as tendências direcionadas para urgências regeneradoras e para uma modernidade centralizadora, controladora, unificadora e homogeneizada” (CAMPOS, Cynthia M., p. 26, 2008).

Paradoxalmente, esse poder encontrava-se diluído na sociedade: “o poder não aparece de forma centralizada na sociedade, mas que se manifesta das mais diferentes maneiras, em

diversos pontos do tecido social” (idem, p. 35). Entretanto, entendo que o estado foi utilizado como o local privilegiado das políticas de segregação, tratamento e diagnóstico executadas no Hospital Colônia Sant’Ana. Assim sendo, apesar de se alinhar com perspectivas foucaultianas de análise, o recorte deste trabalho é bem específico e se restringe, em certa medida, a discutir os aspectos da psiquiatria catarinense como execução de uma política pública, e, portanto, de Estado, aliada a um discurso médico.

Esse discurso médico não se restringia à psiquiatria, como pôde-se verificar no discurso de Agripa Faria no capítulo anterior⁴¹. A batalha travada pelos profissionais de saúde institucionalizados aos “curandeiros”, parteiras e outros foi caracterizada por uma campanha ampla por parte de médicos e nos jornais de toda Santa Catarina. Cynthia Machado Campos atenta para o fato de que não só uma forte rede repressiva foi montada para garantir a implementação e a fiscalização dos diversos setores sociais envolvidos nesse processo de modernização, mas uma rede educadora.

A assistência médica, armada de princípios da moderna ciência, esteve envolvida em projetos de instrução pública ou educação sanitária das populações. Isto permite articular a medicina com as demais práticas de assistência e com o auxílio prestado pelos serviços de estatística, e também a uma série de outros dispositivos que o governo e as elites catarinenses utilizaram, no redimensionamento dos mecanismos de controle social (CAMPOS, p. 122).

Imagens literárias e discursivas foram constantemente evocadas pela imprensa, pela propaganda e pelo material didático. Segundo a autora esse processo se intensificou ao final da década de 1930 com o Estado Novo (idem, p.43), mais especificamente com a criação do DIP (Departamento de Imprensa e Propaganda).

Na tentativa de homogeneização das políticas públicas e modulação dos costumes da população, o discurso nacionalista passava pela valorização do trabalho, da produção e do trabalhador nacional - em oposição aos estrangeiros que outrora foram privilegiados. Assim sendo, o discurso de valorização do imigrante que havia sido formulado e difundido pelas elites no final do século XIX até a década de 1920 ia dando lugar à propaganda do trabalhador brasileiro modelo: branco, mas não falante de língua estrangeira. Esta questão em Santa Catarina recebeu atenção especial, dada a presença massiva de imigrantes germânicos e italianos, ou seja, provenientes de países integrantes do Eixo.

No caso da psiquiatria, conforme visto no capítulo anterior, a ideologia do trabalho se apresentava como saída terapêutica para os internados, teoricamente lhes devolvendo a dignidade, dando-lhes utilidade e legitimando a existência do hospital. Para isso, os indivíduos

⁴¹ Ver citação da página 49.

identificados como psicopatas deveriam ser isolados do convívio social. A questão do isolamento também era uma questão terapêutica, fundamental na psiquiatria até hoje.

Assim sendo, as instalações e tratamento adequados a que se referia o Relatório de 1939 seriam a um só tempo representados pelo projeto do Hospital Colônia Sant'Ana: local de estrutura pavilhonar onde o doente poderia desenvolver atividades agrícolas - o tratamento principal desta proposta - em local distanciado da cidade, longe de seus vícios.

Acredita-se que esta paisagem não foi escolhida por acaso. Tornava-se necessário retirar do olhar da cidade estas pessoas, isolando-as num local de difícil acesso; esconder das vistas dos habitantes e dos seus visitantes, estes indivíduos considerados portadores de condutas anormais, que poderiam contaminar o corpo social (FONTOURA, 1996, p. 57).

“Cabe ao hospício distanciar o doente das causas de sua loucura, arroladas na família e na sociedade” (FONTOURA, 1996, p. 61), ou seja, a questão do isolamento no hospital - e a dificuldade proveniente de o hospital se encontrar em local isolado - possuíam justificativas clínicas. É um pressuposto hoje já bastante estudado em diversos materiais acerca de história da Psiquiatria, a começar pelo livro “Danação da Norma”, de Roberto Machado, utilizado por Arselle Fontoura como referência para essa discussão, mas atualmente podemos citar também as obras de Paulo Amarante, Magali Engel, Maria Clementina Pereira Cunha, Yonissa Marmitt Wadi, Viviane Trindade Borges, Ana Venâncio dentre outros, mas não tão explorado na época de produção da dissertação de Arselle Fontoura.

Cynthia Machado Campos reforça esta ideia do isolamento como proteção do corpo social frente aos efeitos nocivos da loucura:

a instituição psiquiátrica de São José promovia a exclusão do convívio comunitário de indivíduos considerados anti-sociais; esteve voltada para a tarefa de proteger uma sociedade que se integrava disciplinadamente ao mercado de trabalho, e que para tanto afirmava a urgência de banir do seu convívio os indesejáveis ou nocivos a essa nova ordem (CAMPOS, p. 147).

O interessante no caso de Fontoura é que ela analisa também algumas intercorrências ocasionadas pela própria distância e pelo terreno do hospital, apontadas por profissionais de saúde entrevistados pela autora e por outras pesquisadoras. No trecho referente às falas dos profissionais que trabalharam no hospital anos mais tarde aparecem algumas destas questões, a saber: a distância, o clima frio e úmido, as infestações de mosquitos, o rio cortando o hospital - que configurava um risco para os pacientes em relação a fugas e mesmo tentativas (algumas bem sucedidas) de suicídio -, a “falta de perspectiva”, de “horizonte” - um deles fala mesmo em “horizonte curto”. Esta última questão chamou a atenção, posto que o profissional declara “não tem cenário, não tem perspectiva, ele fica na garganta, numa ravina. O horizonte é curto.

E isso influencia o ser humano, né. O indivíduo sente-se além de ele estar lá segregado, meio preso, ele fica mais preso à própria ambiência” (FONTOURA apud SCHROEDER, p. 61).

Possivelmente estas dificuldades também foram sentidas durante a década de 1940, apesar de ser difícil afirmar algo a respeito por conta de não haver, na documentação analisada até o momento, qualquer menção às dificuldades referentes ao isolamento do Hospital. No entanto, é possível questionar se as dificuldades de transporte, por exemplo, não eram ainda maiores naquela época. Sem asfalto, muito menos urbanizada, mesmo para os profissionais da instituição o acesso deve ter sido dificultoso.

Entre a data da inauguração, 10/11/1941 e a data das primeiras internações, passaram-se cinquenta e seis dias (FONTOURA, 1996, p. 72). Em 4 de janeiro entraram os pacientes de Azambuja, 28 no total, mais as freiras da Irmandade da Divina Providência. Os outros 72 pacientes vindos do Hospício Oscar Schneider chegaram em sua maioria em fevereiro - ou foram registrados em fevereiro - totalizando os cem primeiros internos advindos das outras instituições para pacientes mentais de Santa Catarina. Depois, de nove de janeiro em diante, teriam começado as admissões de pacientes de todo o Estado, entre aqueles provenientes de cadeias, hospitais e internados pela família.

A autora conclui que estas pessoas tinham, em comum, comportamentos que eram tidos pela sociedade como anormais, fazendo o uso de jornais para evidenciar que tipo de implicação tinha a questão da loucura na opinião pública.

Fontoura atenta ainda para o fato de haver uma constante preocupação com o uso do tempo pelo paciente, que jamais deveria estar ocioso. As funções dadas a cada um dependia de sua “periculosidade” e aptidão para o trabalho. Além do trabalho agrícola, os pacientes desempenhavam funções referentes ao próprio funcionamento do hospital - cozinha, lavanderia, costura, marcenaria e o que mais fosse necessário para manter a instituição funcionando e ao mesmo tempo legitimando sua existência perante o Estado por meio da diminuição dos custos do hospital para os cofres públicos - questão priorizada pelos relatórios.

3.2 TRATAMENTOS E DIAGNÓSTICOS

Mas quem eram os pacientes do hospital neste primeiro ano? A maioria dos internados possuía entre 20 e 39 anos, e embora a maioria sejam homens, a diferença entre a distribuição da “psicopatia” entre os sexos era acirrada. Havia 37 mais homens que mulheres, como pode ser verificado na tabela abaixo.

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 1 – idade dos internos em 1942⁴².

Percebe-se que o estabelecimento não era destinado somente a adultos. O número de crianças internadas é relevante. Segundo Bruna Viana, não houve tentativa de separação de pacientes por idade até 1985 (VIANA, 2015, p. 20). Interessante notar que não há homens maiores de 70 anos internados, enquanto há três mulheres entre os 70 e os 79 anos. Em 1942 no Hospital Colônia Sant'Ana, as mulheres somente superaram os homens na infância e na velhice.

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 2 – cor dos pacientes internados entre o final de 1941 e 1942⁴³.

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 crianças. Dentre os 174

⁴² Fonte: Relatório de Funcionamento de 1942, de Agripa Faria.

⁴³ Fonte: idem.

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 de homens e 4 de mulheres⁴⁴.

Estes dados permitem uma série de questionamentos. Dos 173 homens, 146 foram classificados como brancos, e apenas 12 como pardos e 15 como pretos. Nas mulheres a discrepância das cores também é gritante, sendo 123 classificadas como brancas, 3 pardas e 10 pretas. Em Florianópolis, por exemplo, a desproporção populacional entre pretos e brancos também era, pelo menos oficialmente, gritante.

Com base nos dados do IBGE de 1940, época em que foi inserido o quesito cor no recenseamento brasileiro, foi possível apurar o percentual de negros na cidade [de Florianópolis]. Os homens somavam um total de 2.000, correspondente a 4,28%, e as mulheres 2.475 perfaziam 5,29% dos habitantes registrados. No conjunto somavam 4.475 pessoas, ou 9,57% da população, contra 2.268 homens brancos, correspondentes a 43,33% e 21.860 mulheres brancas, correspondentes a 46,74%, perfazendo um total de 42.128 pessoas, ou seja, 90,7% da população era branca e 9,57 era negra, na década de 40 (GRAÇAS, 1997, pp. 40-42).

O discurso oficial em Santa Catarina (e no sul do Brasil de forma geral) sempre foi de que havia mais brancos que negros, ou seja, que a presença de imigrantes brancos sempre foi mais expressiva que de descendentes de africanos escravizados. Em 1940 não era diferente. Embora tenhamos os dados do IBGE, é necessário ter em mente, como aponta a autora Maria das Graças, que estes dados podem ser subnotificados, até porque muitas das pessoas podem não ter declarado a própria cor nos questionários.

Desta forma, mesmo se considerarmos que estes dados estão corretos, é possível se perguntar se de fato mais pessoas identificadas como brancas adoeciam, se é uma questão de mera proporção populacional, ou, ainda, até que ponto a população negra de Santa Catarina possuía direito e acesso à saúde mental naquela época. Outra questão que colabora para essa discrepância nos números é a massiva presença de pacientes transferidos do Hospício Oscar Schnider e do Asilo Azambuja, ambos localizados em cidades de massiva presença de descendentes germânicos e italianos. O que nos parece é que internar mais brancos é também uma medida eugênica, e portanto, sob uma perspectiva biopolítica de controle da vida, a internação desses indivíduos permite isolar aqueles que ameaçam o conjunto social da branquitude pensada naquele momento político, oferecendo maior publicidade e vigilância sobre o corpo social como um todo.

⁴⁴ Dados obtidos a partir do cruzamento de dados entre as tabelas apresentadas pelos relatórios e os parágrafos redigidos nos relatórios da Secretaria de Saúde e do diretor Agripa Faria.

Em segundo lugar, é preciso se questionar sobre o número de homens ser superior ao número de mulheres. É pertinente perguntar-se se os homens adoeciam mais que as mulheres ou se aos homens era permitido que adoecessem, enquanto que as mulheres possivelmente precisavam continuar exercendo suas tarefas mesmo em sofrimento psíquico. Outro questionamento importante são as “diferenças de gênero entre as loucuras”. Este tema é abordado com relativa frequência nos trabalhos acerca de hospitais psiquiátricos do início do século XX, inclusive nos que tratam do Hospital Colônia Sant’Ana, como no caso de Arselle Fontoura. No caso dos homens, segundo a autora, a internação tinha relação com o trabalho e com surtos violentos, caracterizando estes indivíduos como perigosos.

Ainda segundo a autora, os diagnósticos das mulheres eram mais relacionados ao desempenho de seu papel social enquanto mães, esposas e donas de casa. Ou seja, as internações das mulheres se legitimavam pela não adequação delas aos seus papéis de gênero. Qualquer desvio dessa natureza poderia ser, na época, indício de loucura ou motivo para internação. A autora analisa prontuários de mulheres e conclui que havia fortes componentes de gênero na descrição de seus sintomas, especialmente a questão da sexualidade. Esta questão foi debatida por Magali Engel e Maria Clementina Pereira Cunha.

Dentre os internados grande é o número de descendentes de alemães e italianos. A maior porcentagem é de domésticas (34,59%), seguindo-se-lhe a de lavradores (30,42%). As demais profissões variam de 5,17% a 0,32%. Alta é a porcentagem dos que tiveram alta - 79, sobretudo se se considerar que a Colônia recebeu grande número de crônicos vindo dos dois hospícios fechados (SANTA CATARINA, 1942, p. 105).

Vale ressaltar também a presença de onze pacientes estrangeiros, entre germânicos e eslavos - dois provenientes da Polônia, três alemães e um paciente de cada um dos seguintes países: Bulgária, Suíça, Áustria, Rússia, França, Itália. O que se pretendia dizer com “doméstica” possivelmente abrangia tanto aquelas cuja profissão seria mesmo de empregadas domésticas quanto “dona de casa”, ou seja, mulheres cujo trabalho voltava-se para a família e a manutenção da própria casa, sem remuneração. Possivelmente desempenhavam outras funções, como ajudar maridos lavradores (agricultores) na roça, na lida com animais e outros serviços atribuídos às mulheres.

De acordo com Vera Portocarrero, no século XIX a psiquiatria brasileira se inspirou nos modelos franceses, especialmente a escola pineliana, introduzida em nosso país pelos textos de Esquirol. Esta inspiração foi responsável pela construção do Hospício Dom Pedro II. No entanto, no final do século XIX o que Portocarrero observa é que houve uma crítica severa a este modelo, que foi substituído pela teoria de Emil Kraepelin, o psiquiatra alemão que foi um

dos responsáveis pela intersecção entre eugenia e psiquiatria no início do século XX. Além disso, esta inspiração kraepeliniana instituiu, no Brasil, um desejo em participar ativamente da produção científica - não mais só discutir as pesquisas europeias.

O argumento da autora é que a partir de Juliano Moreira, a psiquiatria começou a se fazer necessária à sociedade brasileira por se mostrar (ou se fabricar) cada vez mais aliada a preceitos científicos (ou supostamente científicos), com métodos específicos e produção acadêmica própria. O saber científico passou a ser exaltado, de forma que especialistas participassem na construção das políticas públicas de saúde mental, na tentativa de legitimação desse saber perante as novas estruturas que a própria sociedade brasileira vinha sofrendo.

As novas questões mais discutidas nos meios psiquiátricos europeus passam, aqui, a ser alvo de atenção: a influência da civilização na produção de doenças mentais, a importância da educação, as degenerescências, os diferentes modos de assistência. Retoma-se o questionamento radical da psiquiatria de Pinel, que havia levado à reformulação da concepção de doença mental, numa tentativa de resolver certas contradições que marcavam a ambiguidade desse saber (PORTOCARRERO, 2002, p. 36).

Segundo a autora, este alinhamento com a teoria de Kraepelin visava findar a ambiguidade entre caráter físico e moral das doenças mentais. Para ela, Juliano Moreira foi um dos principais responsáveis da entrada desta teoria no Brasil, o que resultou numa nova concepção que se baseava no estreitamento da relação entre sintomas morais e físicos, já que para a teoria kraepeliniana as mudanças psíquicas resultavam ou antes correspondiam a distúrbios no campo somático, ou seja, no todo do corpo humano. Observa-se, então, uma tentativa de cientificizar o discurso sobre os pacientes, mesmo que, travestido em nomenclaturas próprias da etiologia psiquiátrica, o julgamento moral dos pacientes ainda estivesse presente.

Outro autor, Joel Birman, corrobora a ideia de que a tradição francesa foi crucial no surgimento da psiquiatria no Brasil (ainda que na época chamada de “alienismo”), mas que a tradição alemã que “passou a dar as cartas do jogo da verdade com a virada em questão. Além disso, a partir de então, ela tornou-se hegemônica, durante décadas, na direção das linhas de força da psiquiatria brasileira” (BIRMAN, 2010, p. 347).

Certamente a influência de Kraepelin é sentida na modificação do pensamento psiquiátrico, ou, antes, nas tentativas de reforçar o caráter degenerativo das doenças psiquiátricas e conferir à prática médica nos hospícios um tom mais atrelado à eugenia. No entanto, no Hospital Colônia Sant’Ana, a despeito do já mencionado discurso eugênico, bastante alinhado com a psiquiatria kraepeliniana, é possível notar um ecletismo interessante tanto do ponto de vista dos diagnósticos quanto nos tratamentos.

Tabela sobre os diagnósticos dos pacientes do Hospital Colônia Sant'Ana durante o primeiro ano de internação (1942)

Diagnóstico	Número de Pacientes diagnosticados
<i>Psicose Maníaco Depressiva</i>	<i>17</i>
<i>Esquizofrenias</i>	<i>111</i>
Paralisias	5
Epilepsia	16
Encefalopatia infantil	5
Demências	3
Personalidade psicopática	5
Débil mental	2
<i>Neuroses</i>	<i>2</i>
Delírio alcoólico	2
Oligofrenia	16
Seligofrenia	2
<i>Psicoses</i>	<i>6</i>
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
<i>Não identificado</i>	<i>21</i>

Tabela 3 – Diagnósticos dos 188 prontuários encontrados, dos 309⁴⁵.

Como pode-se ver na tabela, 111 dos 309 pacientes foram diagnosticados com diferentes tipos de **Esquizofrenia**. No entanto, no item acima, podemos notar a presença de 17 indivíduos disgnosticados com **Psicose Maníaco Depressiva**. Dos 309 pacientes, tivemos acesso a 151 prontuários, disponibilizados pelo CEDOPE por meio do Projeto Arquivos Marginais, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Além dos prontuários em si, a seleção foi feita a partir da Tabela de Catalogação de Prontuários do CEDOPE. Na tabela, foram localizados 241 pacientes, do total de 309.

Sobre a divisão dos pacientes, era feita, nessa época, apenas por sexo, não havendo tanta preocupação em organizar as alas por tipo de diagnóstico. Era uma das principais medidas eugênicas no concernente à prática hospitalar, já que a separação em tese impediria relações sexuais e, portanto, a gravidez das mulheres internadas e conseqüente sucessão do gene degenerado. Segundo Arselle Fontoura, outras divisões se davam da seguinte forma: particulares, provavelmente referentes aos pensionistas, enfermarias de intercorrências e isolamento (as celas). No total, segundo a autora, eram vinte e duas, mas não se sabe se em 1942 já era desta forma, porque nenhuma fonte menciona esta questão - o que é interessante, dado o discurso modernizador acerca do tratamento.

No entanto os relatórios possuem sempre pelo menos um parágrafo dedicado a enumerar a quantidade de instalações do hospital. Além de sala de raio-x, laboratório, sala de dentista, serviço de balneoterapia, de otorrinolaringologia, de identificação, bloco cirúrgico, havia as casas do diretor, do médico-auxiliar, do administrador, do pároco, de alguns funcionários e, claro, a capela e a casa das freiras. A instituição foi construída de forma pavilhonar, com corredores cobertos ligando os pavilhões entre si. Dos dois lados de cada corredor, pátios com grama e canteiros.

Há, portanto, a necessidade de articular o espaço terapêutico em virtude de melhor esquadrihar e disciplinar a instituição e seus “moradores”. (...) O hospital como um todo é um espaço medicalizado. Deve apresentar-se ordenado, harmônico, higienizado, enfim, estruturado sob padrões da cientificidade. Ao entrar neste espaço, percebem-se, pois, salas e locais específicos, destinados a um outro conhecimento médio, não exclusivamente o conhecimento do psiquiatra. É a figura de outros especialistas que está presente, tendo também o corpo do paciente como objeto (FONTOURA, 1996, p. 66-67).

O cotidiano hospitalar incorpora a vigilância: a autora utiliza o conceito de panóptico desenvolvido por Michel Foucault para explicar como funcionavam efetivamente os métodos

⁴⁵ Fonte: Relatório de Funcionamento de 1942.

de disciplinarização dos corpos do Hospital. “Através de seus mecanismos de observação, permite intervir a cada momento, a cada instante e ao mesmo tempo, assegurando ainda que de forma invisível, a eficácia de um controle difundido e diluído no corpo social” (FONTOURA, ibidem). No entanto, os prontuários não possuem observações sobre o cotidiano do hospital, não constam observações acerca do comportamento dos pacientes exceto quando são reexaminados pelos médicos – o que geralmente só acontecia quando um paciente que tinha alta da instituição era readmitido.

O Prontuário do paciente no Hospital Colônia Sant’Ana da década de 1940 possui capa e contracapa. Na primeira, campos para preenchimento de todas as informações sobre a pessoa: Nome, residência, sexo, idade, estado civil, data e local de nascimento, profissão e onde a exercia, filiação, nacionalidade, cor, espaço para foto, religião, biotipo, naturalidade, procedência, data da internação, diagnóstico, altura, peso, informante e correspondente, internante, premissas legais de internação, assinatura dos médicos e descarga definitiva da observação.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS Nome _____ HOSPITAL COLÔNIA SANTANA

Faixa identificação

Número 2031

I.O.E.—101

Nome _____	Fotografia de frente
Residência _____	
Sexo _____ Idade _____ Data do nasc. _____ Est. Civil _____	
Profissão _____ onde a exercia _____	
Nacionalidade _____ Naturalidade _____ Cor _____	
Instrução _____ Religião _____ Procedência _____ Em _____	
Altura _____ Peso _____ Biotipo _____ Obs. n. _____	
Nome do pai _____ Naturalidade _____ Cor _____	
Nome da mãe _____ Naturalidade _____ Cor _____	
Informante _____ nome _____ residência _____ telefone _____	
Correspondência com _____ nome _____ residência _____ telefone _____	
Internante _____	
Premissas legais de internação _____	
Certificados médicos assinados por: Dr. _____	
1.ª ENTRADA Dr. _____	
Data 01 de Outubro de 1942	DESCARGA DEFINITIVA DA OBSERVAÇÃO
Diagnóstico Esquizofrenia	Data 02 de Maio de 45 Motivo Faltas
	Atestado de óbito 12 de Junho de 1945

Figura 1: Capa de Prontuário de paciente não preenchida, com nome apagado para preservar a identidade.

NOME		Ob: nº		
TRATAMENTO	INICIO	TÉRMINO	INICIO	TÉRMINO
Neoway 2051				

Figura 3: ficha de tratamentos, não preenchida.

Embora a questão do trabalho seja evocada com frequência no discurso da época, tanto no âmbito nacional, com a discussão do formato da rede de hospitais do Estado Novo, quanto nos relatórios estaduais - com maior preocupação em evidenciar os números referentes à produção nas oficinas e na agricultura que com o tratamento dos pacientes ou a presença dos funcionários -, nos prontuários dos pacientes de 1942 a ficha dedicada à praxiterapia é raramente preenchida. Quando constam informações, são mínimas, e referem-se à produtividade, e não ao desenvolvimento terapêutico das atividades. Não constam observações dedicadas exclusivamente à melhora ou piora do quadro dos internados, mas sim em relação à execução do trabalho designado.

3.3 OS NOMES DA LOUCURA: OS PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA

Porque, afinal de contas, para de fato garantir essa segurança é preciso apelar, por exemplo, e é apenas um exemplo, para toda uma série de técnicas de vigilância, de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico do que eles são, de classificação da sua estrutura mental, da sua patologia própria, etc., todo um conjunto disciplinar que viceja sob os mecanismos de segurança para fazê-los funcionar. Portanto, vocês não tem uma série na qual os elementos vão se suceder, os que aparecem fazendo seus predecessores desaparecerem. Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança. Vocês não tem mecanismos de segurança que tomam o lugar dos mecanismos disciplinares, os quais teriam tomado o lugar dos mecanismos jurídico-legais. Na verdade, vocês tem uma série de edifícios complexos nos quais o que vai mudar, claro, são as próprias técnicas que vão se aperfeiçoar ou, em todo caso, se

complicar, mas o que vai mudar, principalmente, é a dominante ou, mais exatamente, o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança.

Michel Foucault, “Segurança, Território e População”, 1978⁴⁶.

O que veremos a seguir é uma série de técnicas e práticas aparentemente contraditórias, mas – em certa medida – eficientes de gestão populacional. Muitos são os nomes da loucura: esquizofrenia, alcoolismo, psicose maníaco-depressiva. Mas também Sandro, Paulina, Marinho, Ian... Rostos sem nome, às vezes sem muito registro além de um nome, a cor da pele, nem sempre com diagnóstico. Abaixo, teremos vislumbres de trajetórias de vida, muitas vezes interrompidas, sequestradas e frequentemente silenciadas⁴⁷.

Na passagem da sociedade disciplinar para a da biopolítica, para o filósofo Michel Foucault, o olhar sobre o indivíduo muda. Para o autor, enquanto na disciplina se privilegia o indivíduo, individualizando multiplicidades, na biopolítica – e, portanto, no mecanismo de segurança – o olhar clínico se dá sobre as populações. Inverte-se a lógica, pois, e cada paciente é visto como o membro de uma população. No entanto, conforme o trecho da epígrafe deste subcapítulo, isso não significa que aspectos disciplinares não possam estar presentes mesmo num contexto biopolítico. Com esta perspectiva em mente, podemos compreender melhor as aparentes contraditoriedades apresentadas nos prontuários analisados neste subcapítulo.

No âmbito hospitalar, os indivíduos são, um a um, classificado logo na sua chegada. O objetivo do exame inicial seria, em tese, possibilitar que cada paciente fosse designado ao tratamento adequado. No caso de um hospital-colônia, o “carro chefe” da operação seria o trabalho. Segundo Maria Clementina Pereira Cunha, o formato hospital-colônia possibilitava que o a instituição gerasse o mínimo de ônus ao estado: já que os pacientes produziam o alimento que eles próprios consumiriam, os gastos do estado com a alimentação dos internos seriam menores – algo que gerou, no hospital por ela estudado, condições de trabalho análogas à escravidão. 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).

⁴⁶ FOUCAULT, 2008, p. 11.

⁴⁷ Infelizmente fuge ao escopo deste trabalho discutir as trajetórias de vida destes pacientes. Sobretudo, nos faltou tempo para abordar mais demoradamente estes sujeitos, que aparecem aqui, tristemente, para acusar os dispositivos de poder psiquiátrico e uma política pública. Fica portanto a sugestão para trabalhos futuros abordando a documentação do HCS: pensar uma história mais voltada ao sujeito.

Porém, no caso do Hospital Colônia Sant’Ana, nem todos os pacientes foram designados para a praxiterapia, a julgar pelo não preenchimento deste campo em alguns prontuários⁴⁸. Alguns foram considerados inaptos para o trabalho. O tratamento padrão parece ter sido mesmo a aplicação de insulino-terapia e de eletroconvulsoterapia, embora estes registros só apareçam a partir de 1944. Até o momento final da pesquisa não foi verificada a aplicação destes tratamentos em ano anterior, o que leva a crer que o hospital abriu sem ainda possuir todo o equipamento necessário. Já o cardiazol foi aplicado em pacientes no primeiro ano de funcionamento, assim como o nicordomin. O que se pôde verificar é que apesar de ser um governo extremamente burocratizado e com uma série de protocolos, a execução do projeto de modernização da psiquiatria, ao menos em Santa Catarina, ficou restrito a uma espécie de improvisado.

Vejam os casos do primeiro paciente registrado no Hospital Colônia Sant’Ana. Sandro⁴⁹ era dentista e tinha trinta e seis anos quando foi internado, em conjunto com o grupo de pacientes provenientes do Asilo de Azambuja, no dia 4 de janeiro de 1942. Sabe-se portanto que este estabelecimento recebia, sim, pacientes de outros locais do estado, não ficando restringido a atender apenas indivíduos da região do Vale do Itajaí, pois Sandro era de Florianópolis.

Exame Somático – Dados antropométricos. Hábito Externo. Vícios de Conformação – congênitos e adquiridos. Aparelho respiratório. Aparelho circulatório. Aparelho digestivo. Órgão genito-urinário. Glândulas de secreção interna.

Indivíduo Magro, do tipo constitucional leptosomático. Não apresenta vícios de conformação. Nada de anormal constatamos nos diversos aparelhos. Reflexos patelares vivos. Pupilas reagindo bem à luz direta.

Anamnese: sem informações. Procedente do Asilo Azambuja, de onde veio para cá em 1942.

As palavras grifadas são campos a serem preenchidos pelo médico, como podemos ver na imagem abaixo. O que não está grifado refere-se ao preenchimento do questionário constituinte do prontuário por parte do médico. O prontuário pede ao médico que esteja atento aos sinais físicos de degeneração, buscando mapear nos diversos “aparelhos” corporais potenciais “vícios de conformação”. Neste caso é interessante observar o uso da categoria

⁴⁸ Ao final do trabalho, é apresentada uma tabela com alguns dados que foram utilizados na dissertação. Ver anexos.

⁴⁹ Todos os nomes de pacientes aqui apresentados são fictícios. Optamos por dar nomes fictícios aos pacientes ao invés de somente utilizar os números de seus prontuários para que o texto não ficasse tão impessoal, mas de forma a ainda preservar suas identidades. Prontuário nº 01.

“leptosomático”⁵⁰ para caracterizar Sandro. Nem todos os pacientes internados receberam as classificações de Kretschmer, mas é interessante notar como diferentes saberes psiquiátricos são acionados para classificar e tratar os indivíduos internados na instituição.

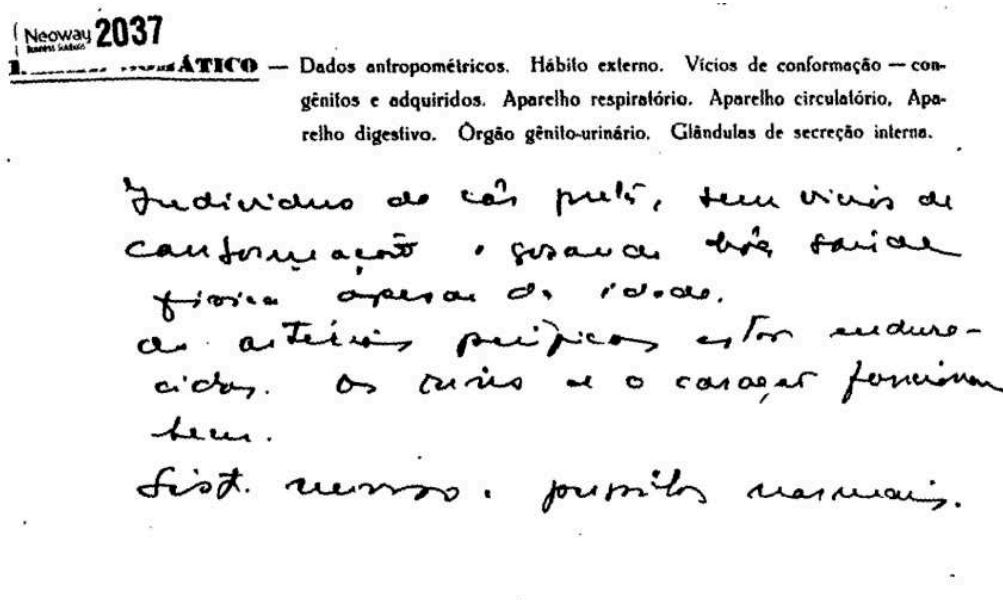


Figura 4: Campo referente ao “exame somático” em prontuário de paciente.

Neste outro prontuário, acima, do paciente Isaias⁵¹, nenhuma classificação referente ao seu biotipo exceto a cor: preta. Não foram identificados antecedentes hereditários na família de Isaias, apenas antecedentes pessoais. Doente há 30 anos, Isaias foi diagnosticado com esquizofrenia. Inicialmente apresentou delírios religiosos, que o levaram a fazer campanhas para adquirir um sino para a Igreja de sua paróquia, em Tubarão. O médico observa que “apesar de delirante, conservou sua personalidade” (Prontuário 144, 1942, p. 6). Aparentemente, a doença piorou quando perdeu o irmão. Diferentemente do prontuário de Sandro, o prontuário de Isaias não possui nenhuma informação acerca de sua compleição física ou classificação de Kretschmer, o que revela que o uso desta não era padrão.

O prontuário é um lembrete ao médico de quais aspectos observar no paciente. Nele, o exame psíquico se define da seguinte maneira:

Exame psíquico – grande cultura; atenção; compreensão; associação de ideias – fuga de ideias, ou simples aceleração na marcha do pensamento, confusão; exame dos escritos tanto na forma gráfica quanto no conteúdo. Memória, recordação de fatos antigos e recentes; noção no meio, lugar e tempo. Percepção, ilusões e alucinações, que espécie de perturbação sensorial. Decepção, ilusões e alucinações, que espécie de perturbação sensorial. Delírio – sistematizado, difuso coerente, desconexo, lógico,

⁵⁰ Uma das categorias de Kretschmer, baseadas em características físicas para a descrição de diferentes tipos de personalidade. Para Kretschmer, os corpos poderiam ser tipificados de acordo com seu aspecto, e ter tipos de personalidades atrelados a cada grupo (leptosomático, atéctico, pícnico ou displásico), bem como tipos de transtornos.

⁵¹ Prontuário numero 144. Também aparece como 266.

absurdo, de caráter expansivo, depressivo, periódico, contínuo, quais as ideias predominantes. Psicomotilidade – movimentos voluntários, barragem, torpor, excitação. Estado de humor predominante. Sentimentos éticos – pudor, indiferença pelo meio social ou pela família. Capacidade de trabalho; reações ao meio social⁵².

Nesse momento do exame, o paciente é analisado enquanto fala sobre si para o psiquiatra. Nesse sentido, há um sequestro da fala, um sequestro de uma narrativa de si. O principal objetivo do psiquiatra nesse momento é buscar delírios, vícios, mapear os sentimentos, decepções, desilusões amorosas, acontecimentos importantes da vida do paciente que possam ser usados como explicação para sua doença e portanto justifiquem sua internação. Questões orgânicas, relacionadas ao corpo, também eram observadas, especialmente a memória e a psicomotricidade, assim como observações relacionadas à capacidade para trabalhar na instituição.

Os comportamentos precisavam ser observados na sua individualidade pois, do ponto de vista biopolítico, são estes comportamentos que caracterizam os indivíduos como elementos constituintes da população, ou seja, no nível do controle populacional, cada paciente é um membro da população do hospital, e precisam agir como tal (FOUCAULT, 2008, p. 57). Para adequar o paciente ao corpo hospitalar, é preciso que se realize o exame.

A seguir temos o preenchimento do médico no campo “exame psíquico”. No caso de Sandro, alguns pontos interessantes podem ser observados neste campo. Em primeiro lugar, ele se divide em dois momentos: um primeiro exame foi feito logo na entrada, em 1942. Em 1944, foi feito novo exame, conforme pode-se verificar no trecho abaixo:

O paciente apresenta-se ao exame em atitude calma e displicente. A sua fisionomia é inexpressiva – nada diz. A minúcia e a gesticulação estão reduzidas. Responde ao interrogatório com solicitude. Fora isso, mantém-se calado e de humor sério. Fala pausadamente e pula de uma ideia para a outra sem manter uma ligação lógica e coerente. Não tem nenhuma iniciativa para o trabalho. Conserva íntegra a memória, relatando [os eventos] da sua vida com precisão absoluta. *Não tem noção do tempo*. Completa indiferença pela sua sorte.

Exame em 1944.

Desde que veio para este hospital, em janeiro de 1942, até a presente data, o quadro mental não sofreu modificações. Apresenta-se ao exame em *atitude displicente, fisionomia indiferente, olhar vago* (...), minúcia e gesticulação reduzidos. De fato, a fisionomia é parada, sem que nenhuma emoção venha modificar-se.

Responde o interrogatório com visível indiferença, *empregando neologismos, quase estereotipados*. O pensamento é *suisfalico*⁵³, deixando transparecer, em certas ocasiões, falta de ligação lógica entre os conceitos, que são arbitrariamente empregados.

⁵² Campo “exame psíquico” presente em todos os prontuários da década de 1940.

⁵³ Não é possível ter certeza da palavra, pois a escrita do médico é de difícil leitura.

A indiferença afetiva, a falta de iniciativa, o autismo e a incapacidade para qualquer forma de atividade útil, completam a sintomatológica básica. Sintomas acessórios, tais como ideias delirantes e falsas percepções, não procedem constatar.

*Até a presente data, tem-se conservado lúcido, dando ... uma falsa impressão de normalidade*⁵⁴ [grifos meus].

Diagnosticado com Esquizofrenia simples, Sandro permaneceu no hospital por não possuir a família condições de recebê-lo de volta em casa – pelo menos é o que informa uma anotação de 1972. Exceto pela descrição de seu estado no ato da entrada e depois em 1944, não é possível obter informações sobre o histórico e o desenvolvimento de sua doença, pois o documento não apresenta estes dados. Na anamnese, a observação: “sem informações. Procedente do Asilo Azambuja, de onde veio para cá em 1942”. Por mencionar o ano de entrada, a anamnese possivelmente foi adicionada em ano posterior à internação.

No primeiro exame, Sandro é pintado como sujeito calmo e displicente, de feições inexpressivas. Se num primeiro momento sua comunicação, caracterizada como incoerente, acusa a doença, em 1944 a indiferença com que responde o interrogatório e a presença de neologismos em sua fala lhe confere a descrição de “caricato”. Apesar disso é descrito como lúcido. Entretanto, sua aparência de lucidez também é raptada como sinal de loucura.

Segundo Michel Foucault, o exame enquanto dispositivo é uma combinação de técnicas que articulam o que ele chama de **hierarquia que vigia** e **sanção que normaliza**. O exame seria um dispositivo de controle do indivíduo, ou seja, disciplinador. Esse controle inicial é o que permite classificar os pacientes, e procurar, em sua individualidade, as provas cabais da doença. A partir disso, podem ser tratados e, em certa instância, punidos, já que as instituições disciplinares passam pela vontade punitiva. O exame permite ao médico ver o paciente, e é a partir da visibilidade que eles são sancionados.

É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. (...) Uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do século XVIII foi a organização do hospital como aparelho de “examinar” (FOUCAULT, 1987, p. 154).

A ritualização do exame pode ser verificada pela minúcia da estrutura do prontuário. De fato, os dispositivos de classificação do Hospital Colônia Sant’Ana são o cerne da vigilância e do controle dos corpos cercados em seu interior. Pode-se perceber a construção dos indivíduos enquanto “casos”, na medida em que se agrupam no interior da instituição sob o olhar vigilante

⁵⁴ Prontuário 01.

das freiras e o exame médico e cada história de vida é sequestrada como prova cabal da doença. Cada caso legitima o poder e constitui um objeto para a psiquiatria, cada paciente assim medido, a história de vida revirada, classificado em categorias nosológicas pré-existentes, pode, assim, ser reconfigurado em um cidadão produtivo – ou excluído permanentemente (FOUCAULT, 1987, p. 159).

Para Foucault, as instituições se constituem enquanto observatórios onde a vigilância hierárquica se constrói em torno do poder, e, em sua essência, “funciona um pequeno mecanismo penal”⁵⁵ (pp. 143-149). Ao mesmo tempo em que cerca os indivíduos dentro do espaço de confinamento, o hospital se divide em localizações funcionais (FOUCAULT, 1987, p. 123), onde as atividades são controladas, há espaços e horários para comer, para tomar medicações, para receber os tratamentos, ser examinado pelo dentista, tomar vacinas, dormir e assim por diante. Esse processo é o que reformula o indivíduo, treina, normaliza.

No entanto, pudemos verificar que apesar de se pretender uma instituição de controle com um funcionamento bastante burocratizado, o preenchimento dos prontuários não corresponde ao projeto cuidadoso apresentado por Agripa Faria no Relatório de Funcionamento de 1942. A maioria dos tratamentos não é descrito, o que leva a duas possibilidades: ou realmente estes pacientes não recebiam tratamentos, e apenas eram alimentados e recebiam cuidados básicos, ou os prontuários possuem subnotificação de tratamentos e observações.

O padrão de tratamento em seguida à internação parece ter-se dado da seguinte forma: após internado e registrado, o paciente deveria passar pelos exames de entrada – somático, psíquico, físico. O que fica evidente com a leitura dos prontuários, como se viu e como se comprovará mais adiante a partir da interpretação de outros prontuários, é que estes exames nem sempre eram realizados. Em alguns casos nem mesmo o diagnóstico era atribuído.

Após os exames de entrada com o “especialista” em psiquiatria, o paciente era encaminhado ao gabinete odontológico, onde seus dentes eram contados, classificados entre ainda utilizáveis ou não, eram contadas cáries e obturações e ele/ela era encaminhado/a ao tratamento com o dentista. Medicações para sífilis parecem ter sido padrão também, qualquer que fosse o diagnóstico. Além disso, os pacientes eram vacinados contra tifo e desintéria.

⁵⁵ É pertinente comentar que outros trabalhos acerca do Hospital Colônia Sant’Ana acusam a existência de celas individuais e coletivas para pacientes psicóticos, em surto, violentos ou indisciplinados. Eliani Costa aponta, aportada em entrevistas feitas com profissionais da enfermagem que começaram a ser contratados pelo Hospital no final da década de 1960, que esta parcela de pacientes internados nas celas não era um número desprezível, e que outras práticas de contenção corporal eram utilizadas, como ataduras e camisas de força (COSTA, 2010, p. 135). No entanto, nos prontuários da década de 1940 analisados, não é possível verificar registros dessas práticas.

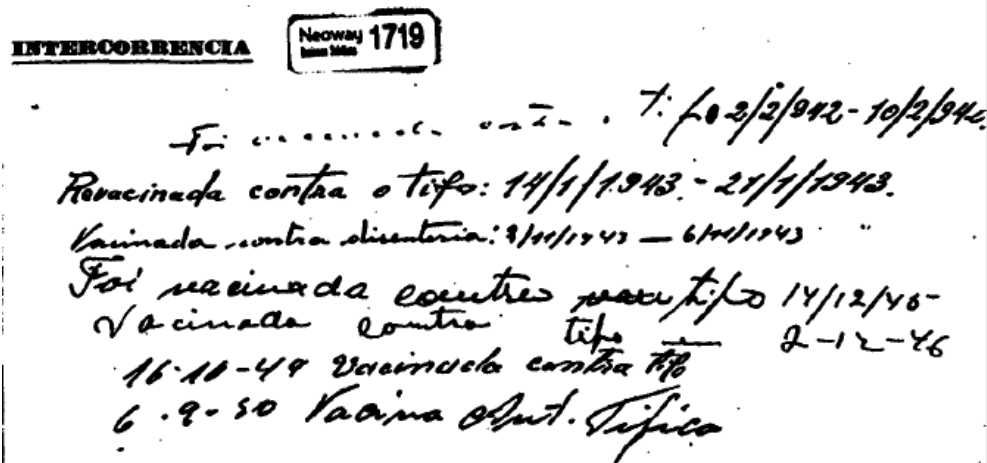


Figura 5: intercorrência – registro de vacinas⁵⁶.

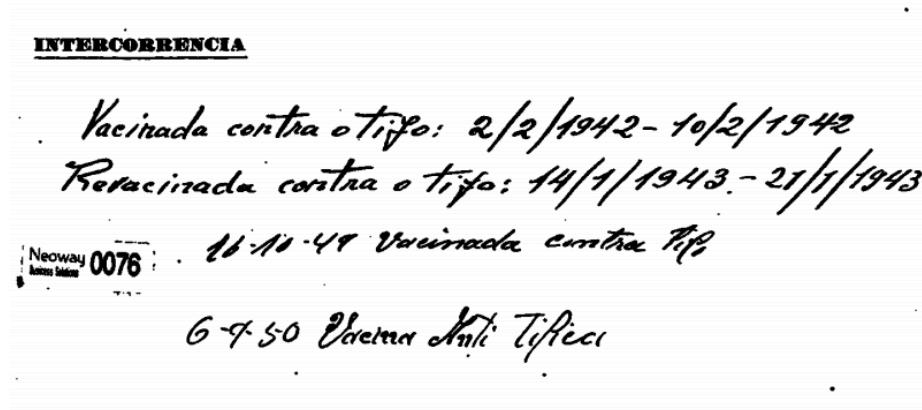


Figura 6: intercorrência – registro de vacinas⁵⁷.

Além disso, havia a possibilidade do paciente ser submetido a antropometria, prática que nem sempre era utilizada, mas quando aparece nos prontuários geralmente leva a assinatura do próprio Agripa Faria, como pode ser verificado na imagem abaixo. Eram tiradas as medidas do crânio, das proporções da face e do tronco, e a partir dessas proporções, mais altura e peso, era definido o tipo morfológico do/da paciente. No entanto, como observa Luis Ferla, “nenhuma destas medições e observações guardava qualquer relação com a conclusão do laudo” (FERLA, 2007, p. 170). Apesar de haver registro das medições, raramente o médico estabelecia relações entre estas e as observações acerca dos sintomas ou do diagnóstico.

⁵⁶ Prontuário 3048.

⁵⁷ Prontuário 95. Tambem aparece como 56.

Serviço de Assistência a Psicopatas **Hospital Colônia Santana**

Neoway 1716 **ESQUEMA DA CONSTITUIÇÃO**

Seção 700-70 S. 1000-1000 Nº. do Registo Geral 45
 Nº. Ficha Identificação 63 Nº. da Observação 63
 Data de Entrada 5 de Novembro de 1942
 Nome _____ Idade 29 anos Sexo F
 Dados Étnicos Branca
 Olhos castanhos Cabelos idos Pêlos idos
 Diagnóstico _____

CRÂNIO:

Circunferência horizontal _____ 0,53
 Diâmetro sagital (dist. da glabella ao opistocrânio) _____ 0,16
 > frontal (dist. entre os euryon) _____ 0,18 1/2
 > vertical (dist. do vertex ao gnathion) _____ 0,28 1/2

FACE:

Altura (dist. do nasion ao gnathion) _____ 0,13
 Comprimento do nariz (Dist. do nasion ao sub-nasion) _____ 0,06 1/2
 Largura (dist. entre os zygia) _____ 0,14

TRONCO DO MEMBRO:

Largura das espáduas (dist. entre os acromios) _____ 0,34
 Circunferência do peito (média) entre insp. e exp. _____ 0,96
 > do abdome _____ 0,91
 > dos quadris _____ 0,99
 > do tornozelo _____ 0,23
 Comp. das pernas (dist. do ilio-espinal ao sphyrion) _____ 0,98
 > dos braços (dist. do acrómio ao dactílio) _____ 0,72

Altura 1,54 Peso 63
 Data 24. Nov. 1942 Tipo morfológico 1. P. 1. 1.

OBSERVAÇÕES:

Em 13 de Agosto de 19 42
 (Ass.) Agr. Faria

Figura 7: antropometria – esquema de constituição da paciente Celine⁵⁸. A assinatura ao final do documento é do médico Agripa Faria, diretor da instituição.

Cordiais saudações


 Dr. Agripa de Castro Faria
 Diretor

Figura 8: Rubrica do Diretor Agripa Faria.

(Ass.) Agr. Faria

Figura 9: Assinatura completa do diretor Agripa Faria.

⁵⁸ Prontuário 73. Aparece também como 3048.

Contudo, este esmero em descrever o paciente não é o padrão de preenchimento dos prontuários. No prontuário 46, da paciente Luzia⁵⁹, anotações sobre o tratamento aparecem apenas em 1946, apesar de ter entrado em 5 de janeiro de 1942. O primeiro tratamento, o eletrochoque, aparece apenas em 1945. Não foi feito o exame físico, nem o mental. Não possui assinatura de quem preencheu o prontuário. A maioria das informações é da década de 1960. As informações sobre sua internação *nos anos anteriores* não aparece.

Da mesma forma, a paciente Estela⁶⁰, internada na Seção Antonio Austregésilo, foi tratada massivamente com eletroconvulsoterapia e insulino-terapia. Apesar disso, possui ficha de praxiterapia parcialmente preenchida, sem designação de atividade específica, caracterizada como “apática”. A maior parte dos prontuários segue este padrão de preenchimento lacônico. Essa parece ser a regularidade destes primeiros prontuários: poucas informações sobre o sofrimento do paciente, sem muito esmero na descrição da evolução da doença ou do quadro, porém isso não impedia as prescrições.

Paulina⁶¹ foi internada aos 53 anos. Branca, solteira, nascida e residente em Florianópolis, era doméstica, católica. Seu prontuário é de difícil leitura. Parece ser o próprio Agripa quem preenche. Na ficha de praxiterapia, “administrada” entre 1945 e 1949, foi recomendado que a paciente fosse designada a consertar e passar roupas. É interessante notar o componente de gênero na designação dos trabalhos a serem desenvolvidos. Para as mulheres, quando há anotações dessa natureza, comumente são designadas para trabalhar na lavanderia, na cozinha ou passando roupas. O trabalho “doméstico” segue sendo sua obrigação mesmo quando internadas. Para Paulina, “Cuidados especiais: nenhum”. Como tratamento, logo no primeiro ano foi-lhe administrado arsênico e bismuto, medicações receitadas para os casos de sífilis, apesar de seu diagnóstico ser de esquizofrenia. As informações sobre a saída são ininteligíveis, por conta da digitalização.

Alguns prontuários, no entanto, apresentam mais informações. É o caso de Ian⁶², que veio do Azambuja. Apesar disso, sua ficha de observações preliminares não tem exame físico nem mental. Também não tem assinatura de quem preencheu o prontuário.

⁵⁹ Mesmo o número de registro dos prontuários não é fácil de discernir. Alguns prontuários possuem três números de registro diferentes. Utilizaremos ao longo do texto o primeiro número de cada prontuário analisado, por ser o primeiro número designado durante a primeira internação, mas para facilitar a consulta de outros pesquisadores, serão fornecidos os outros números também.

⁶⁰ Prontuário nº 49, também aparece como 85. Na relação do Cedope, aparece como nº 49.

⁶¹ Prontuário nº 53. Também aparece como nº 80.

⁶² Prontuário nº 34. Também aparece como nº 73. Na relação do Cedope, aparece como nº 34.

Somaticamente o paciente apresenta os seguintes sinais de degeneração: faces abobalhadas, corpo curvado para a frente (cifose), marcha de pequenos passos, irregular, balançando o corpo para os lados. Psiquicamente o exame é totalmente (...) impossível, a linguagem está reduzida a alguns sons mal articulados (...), [o paciente apresenta] uma euforia estúpida. Não pode por si cumprir as necessidades fisiológicas. [Depende de terceiros que possam] alimentá-lo, vesti-lo e conduzi-lo a privada.

Diagnosticado com encefalopatia infantil, oligofrenia e imbecilidade, recebeu tratamento antilúético⁶³ em 1945. Descrito como ruivo, de olhos azuis, subnutrido quando chegou, com 40kg e 1,50m de altura. As características físicas de Ian – cifose, sons mal articulados, “faces abobalhadas” – são frequentemente evocada nos exames ao longo dos anos.

10-6-47. O paciente apresenta uma euforia estúpida, traduzida por sorriso aparvalhado e gesticulação inexpressiva. Impossível o exame em virtude do paciente não falar.

Figura 10: trecho de exame somático realizado em 1947.

No trecho da imagem acima, o médico repete algumas das descrições realizadas por Agripa Faria em 1942: “o paciente apresenta uma euforia estúpida (...), aparvalhado, e gesticulação inexpressiva. Impossível o exame em virtude do paciente não falar”. Tinha 17 anos – embora pudesse, na realidade, ter cerca de 22 anos, já que em 1937 foi feito um registro dele no Hospital Arquidiocesiano Consul Carlos Renaux em que consta idade de 17 anos, anexado ao prontuário. Neste registro, o diagnóstico é de neurosífilis – daí se justificaria a necessidade de antilúéticos. Faleceu no Hospital de Caridade, em 1950. O atestado de óbito foi assinado pelo Dr Alfredo Chereau.

Augusta⁶⁴, com entrada em primeiro de janeiro de 1942, foi diagnosticada com epilepsia, com idade de 34 anos. Em sua ficha de praxiterapia como ocupação indicada recebeu “doméstica”, trabalho apropriado para uma mulher. Na avaliação do trabalho conforme a passagem dos meses, sua ficha foi preenchida da seguinte forma: “Janeiro: Nem sequer titubeia (...), trabalho produtivo, organizada; Fevereiro: continua com o trabalho; Março: continua com o trabalho”. No exame no ato da entrada, consta que era branca, brasileira, católica, sabia ler e escrever e era residente de Itajaí. Na busca pelos históricos familiares de doenças mentais, o

⁶³ O tratamento antilúético era o tratamento para sífilis. Um dos nomes para a doença, na época, era “neuro lues”, caracterizando o que hoje conhecemos por “neurosífilis”.

⁶⁴ Prontuário nº 51, aparece também como nº 12. Na relação do Cedope, aparece como nº 51.

médico achou por bem observar que a paciente tinha tio “doente mental” na família. Ela foi internada na sessão Ulysses Viana, e faleceu na instituição em 1944, dois anos depois.

Marinho foi internado em 31 de outubro de 1942, aos 17 anos, diagnosticado com encefalopatia juvenil. É descrito, no exame no ato da entrada, como

Indivíduo jovem, apresentando uma hemiplagia [paralisia de um dos lados do corpo] infantil esquerda. Vem ao exame em precárias condições (...). Com idade de dois anos começou a sofrer de ataques convulsivos. Mas a marcha e a linguagem apareceram em épocas normais. (...) O paciente sofre de vertigens, dor de cabeça e frequentemente fica parado. Exame Psíquico: linguagem rudimentar.

Dados os episódios de dor de cabeça e vertigens, Marinho foi tratado com luminol, na época utilizado como anti-convulsivo em casos de epilepsia. O paciente faleceu na instituição em 1946, mas apesar disso não consta em seu prontuário a causa da morte, nem atestado de óbito. A falta de detalhes sobre os óbitos no Hospital Colônia Sant’Ana foi uma das regularidades encontradas na documentação pesquisada.

Arthur⁶⁵ foi internado na enfermaria Heitor Pires e diagnosticado com esquizofrenia. Proveniente do Asilo Oscar Schnider, era lavrador e filho de pais italianos. Na anamnese, consta que estava internado no Oscar Schnider há um ano e meio.

No exame somático, foi registrado como um “indivíduo de estatura acima da mediana, conformação robusta. Musculatura fartamente desenvolvida, pelos abundantes. Aparenta boa saúde física. (...) Pupilas ligeiramente rígidas à luz. Revisão em 1-3-45 - nada há a acrescentar”. Logo abaixo, no exame psíquico:

Afórico. Fisionomia rígida, pouco expressiva. Completo indiferentismo afetivo. Não procura saber notícias da família. Sabe que tem seis filhos, mas não se lembra dos nomes deles. Não tem [] da memória A orientação no tempo é perfeita. Motricidade reduzida a gestos estereotipados. Sem iniciativa. *Autismo*. O pensamento é coerente. Não apresenta ideias delirantes e alterações das neuropercepções. É indiferente ao presente [?] que permanecer mais 10 anos neste hospital [Grifos meus].

Na revisão de 01/03/1945 a súmula do exame psíquico o descreve como “sem humor. Fisionomia indiferente; domina no quadro mental [a falta] da afetividade, a ambivalência, a ambitendência e a perda de toda a iniciativa. Lúcido. Alucinações auditivas (voz de Deus) [...]. Psicomotricidade reduzida. Perda dos sentimentos pela família. (...)”. O diagnóstico de

⁶⁵ Prontuário 166.

Esquizofrenia foi confirmado em 1945. Recebeu tratamento antisifilítico, em 1946, com arsênico e bismuto. Recebeu 9 sessões de eletrochoque em 1945.

As descrições aparecem contraditórias ou reduntantes. O mesmo paciente que tinha alucinações auditivas é descrito como lúcido. Como pode um indivíduo que já não possuía interesse pela família *perder* o interesse pela família? O tratamento pelo trabalho também não apresenta muitas informações. Em sua ficha de praxiterapia, consta o seguinte:

Condições somato-psíquicas ao iniciar a Praxiterapia: doente em bom estado de nutrição, orientado no tempo, espaço e meio. Tranquilo, [...] pouca iniciativa para o trabalho. Passa os dias no pátio, falando pouco [...].

Cuidados especiais: vigilância

Orientações indicadas: lavoura

Iniciou a praxiterapia em: no mês de maio.

Interrompeu a praxiterapia (motivo): falta de iniciativa.

Na ficha de aproveitamento da praxiterapia, nenhuma observação foi redigida. Na realidade, dos prontuários verificados, nenhum possui ficha de aproveitamento detalhada. Se o princípio do tratamento no Hospital-colônia é o trabalho, por que motivo as fichas de aproveitamento se encontram em branco? Arthur foi também tratado com remédios administrados em casos de sífilis durante o ano de 1945, apesar de ter sido diagnosticado com esquizofrenia, mas o tratamento que mais recebeu foi o eletrochoque, entre junho de 1945 e agosto de 1946.

S. A. P.		PRAXITERAPIA		H. C. S.	
Neoway 0132 Linha 5000		Falta, exames e observações			
Ficha N. 75	NOME			R. Geral N. 58	
Idade: 62 anos	Diagnóstico:			Data de int.: 6/1/42	
Instrução: Analfabeta	Prof. anteriores:			Vocação ou aptidão:	
Condições somato-psíquicas ao iniciar a Praxiterapia:					
Nada faz					

Figura 11: ficha de Praxiterapia. Observação sobre condições somato-psíquicas para o trabalho apresenta apenas a frase “Nada faz”⁶⁶.

A maioria das fichas de praxiterapia não possuem preenchimento. As que possuem são lacônicas, como pode-se ver na imagem acima. A ficha possui campos de identificação do/a paciente, busca mapear as vocações ou aptidões, o grau de instrução e as profissões anteriores.

⁶⁶ Prontuário 75. Também aparece como nº 58.

No caso acima, no campo “condições somato-psíquicas ao iniciar a praxiterapia”, a única observação relevante que consideraram por bem redigir foi: “nada faz”. O que buscamos descrever aqui é que existe um abismo entre o que a instituição se pretendia enquanto espaço clínico e as práticas hospitalares identificadas nos prontuários.

Outra característica interessante das fichas de praxiterapia analisadas é que as observações acerca dos pacientes, quando existem, tratam o trabalho muito mais por um viés moral do que por um prisma médico. Observemos o caso abaixo:

S. A. P. PRAXITERAPIA H. C. S.

Falta, exames e observações

Neoway 2830
Lentes laterais

Ficha N. 76	NOME	R. Geral N. 45
Idade: 48 anos	Diagnóstico: ob. jo. freuic.	Data da int.: 6/1/1942
Instrução: Primária	Prof. anteriores:	Vocação ou aptidão:
Condições somato-psíquicas ao iniciar a Praxiterapia:		
Trabalha quando quer. A sua iniciativa obedece ao seu estado de humor. Os seus tempos preferidos é o lavar jeans de campo.		

Figura 12: praxiterapia – “trabalha quando quer”⁶⁷.

A paciente em questão “trabalha quando quer. A iniciativa depende do seu humor”. Estas são as únicas observações escritas referentes ao trabalho desenvolvido pela paciente. Não há qualquer preenchimento da subseqüente ficha de aproveitamento. Dentre as letras ininteligíveis por conta da digitalização, identifica-se que a paciente foi designada para a lavagem de roupas, e não para o trabalho agrícola – premissa do hospital-colônia. Novamente verifica-se o componente de gênero na separação do trabalho dentro do ambiente hospitalar.

Outra questão que diferencia o tratamento das mulheres dentro do hospital é o mapeamento do ciclo menstrual das internas. Os prontuários femininos tem um campo exclusivamente para o acompanhamento da menstruação das mulheres. No caso das mulheres em menopausa, como o exemplo abaixo, isso seria assinalado. No caso das mulheres ainda em idade fértil, o gráfico era preenchido de acordo com a duração dos dias de fluxo. Apesar disso, nenhuma outra observação acerca do ciclo menstrual era acrescida, ficando de fora questões

⁶⁷ Prontuário 76. Também aparece como 829.

como mudança de humor e sintomas físicos de desconforto como cólicas, alterações do intestino, dores de cabeça etc. Alguns prontuários de mulheres não apresentam preenchimento deste campo, enquanto outros possuem várias páginas de acompanhamento do ciclo menstrual.

Serviço de Assistência a Psicongostas **Hospital Colônia Santana**

Ano: 19 44 Ciclo menstrual de: _____ Seção *Psicongostas*

Folha nº. 9

10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Mês																																

Neoway 0145

Observações:

Miranda

Figura 13: Ficha de controle de ciclo menstrual. A paciente em questão já tinha entrado na menopausa, verificada nas observações⁶⁸.

Além da praxiterapia, outros quatro tratamentos foram encontrados nos prontuários dos primeiros pacientes do Hospital – todos baseados no mesmo princípio. Trata-se da **convulsoterapia**. A convulsoterapia baseava-se num princípio simples: acreditava-se que pacientes epiléticos que tinham convulsões não podiam apresentar psicoses. Assim sendo, traçou-se uma correlação entre as convulsões e a impossibilidade de desenvolver psicoses. Este princípio teria sido estudado pela primeira vez por volta de 1929, por Niryoe e Jablonski (MIRANDA, 2014, p. 209).

Esta teoria foi utilizada por László Von Meduna, psiquiatra e neuropatologista húngaro, alguns anos mais tarde em torno de 1934. Segundo Miriã Dias Ávila, este médico teria estudado o cérebro de cadáveres em busca de indícios de que convulsões poderiam ser utilizadas para

⁶⁸ Prontuário 58. Também aparece como 75.

curar a esquizofrenia. Segundo a autora, o médico chegou à conclusão de que a neuroglia⁶⁹, células alimentadoras dos neurônios, de pacientes esquizofrênicos era menor que a de pacientes epiléticos.

Meduna também observou que, após convulsões, pacientes esquizofrênicos apresentavam melhora nos sintomas de sua doença. Assim, supôs que a epilepsia bloqueava a esquizofrenia, concluindo que não era possível que um paciente fosse, a um só tempo, epilético e esquizofrênico (ÁVILA, 2010, p.13). Desta forma, feita esta correlação, buscou-se substâncias químicas injetáveis que pudessem provocar convulsões e, posteriormente, outras maneiras de se produzi-las. Inicialmente, Meduna teria utilizado a cânfora como forma de indução dessas convulsões. Posteriormente, Meduna passou a utilizar o **cardiazol** para induzir as convulsões em seus pacientes.

Geralmente, o tratamento era realizado através de duas aplicações semanais, com intervalos de aproximadamente 72 horas, numa série completa que compreendia 15 injeções. Durante a convulsão, a pessoa submetida apresentava violentas reações de espasmos. Inicialmente, permanecia com os membros do corpo imobilizados durante alguns segundos, posteriormente, com os olhos revirados, era tomado por grande agitação, na qual sacudia, violentamente, os braços e as pernas, além de movimentar freneticamente a cabeça de um lado para o outro. Da boca escumavam salivas, as quais, ocasionalmente, vinham misturadas com sangue em virtude da mordedura da língua e dos lábios. Nestes ataques, era frequente a involuntária ejeção de fezes e de urina pela coparticipação espasmódica da musculatura abdominal. Além disso, ocorria uma fase agonizante com fortes sensações de medo, angústia e pavor, suas feições tornavam-se pálidas e a respiração difícil. Outras complicações geradas por este violento procedimento médico foram fraturas, luxações, acidentes dentários, complicações respiratórias e cardiovasculares, dores musculares, cefaleia, vômitos, náuseas, crises convulsivas espontâneas e trombose (MIRANDA, 2014, p. 210).

Este tratamento foi bastante utilizado no Hospital Colônia Sant'Ana, especialmente durante os primeiros anos antes da chegada do eletrochoque, assim como a aplicação de injeções de **nicordamin**. O nicordamin também era um convulsivo injetável, porém um pouco mais barato – e com mais reações adversas. Nas imagens a seguir, podemos verificar: uma ficha de convulsoterapia provocada pela injeção de cardiazol, com vinte e três sessões no ano de 1945 e cinco sessões em 1953; e outra ficha de convulsoterapia provocada por injeção de Nicordamin, com quatorze sessões:

⁶⁹ Neuroglia são células não neuronais do sistema nervoso central que proporcionam suporte e nutrição aos neurônios, sustentando-os. Fonte: Livro de histologia. Tecido Nervoso. UFRGS. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/livrodehisto/pdfs/4Nervoso.pdf>>.

Neoway 0022

ELETRÓCHOQUE

Cardiazol

NOME: _____

PÊSO:		IDADE:			DIAGNÓSTICO:			CÓDIGO
DATA	HORA	TEMPER.	PULSO	P. ART.	MIL.	SEG.		
10-2-45	9:50	36,3	82	13-9	400	0,3	Choque	
12-2-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque	
20-2-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque	
26-2-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque	
3-3-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque	
6-3-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque	
"	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
10-3-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
18-3-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
"	"	"	"	"	500	0,3	Choque	
17-3-45	"	"	"	"	500	0,3	Choque	
20-3-45	"	"	"	"	500	0,3	Choque	
24-3-45	"	"	"	"	500	0,3	Choque	
"	"	"	"	"	500	0,3	Choque	
27-3-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
31-3-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
3-4-45	"	"	"	"	460	0,3	Choque	
7-4-45	"	"	"	"	460	0,3	Choque	
10-4-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
14-4-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
17-4-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
21-4-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
28-4-45	"	"	"	"	450	0,3	Choque	
1-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque	
6-2-53				14/32	400	0,3	Choque	
8-2-53					500	0,3	Choque	
10-2-53					500	0,3	Choque	
13-2-53					500	0,3	Choque	
14-2-53					500	0,3	Choque	

Figura 14: registro de administração de cardiazol⁷⁰.

Neoway 0044

CONVULSOTERAPIA PELO

Nicordamin

NOME: _____

PÊSO:		IDADE:			DIAGNÓSTICO:			CÓDIGO	
DATA	HORA	TEMPER.	PULSO	P. ART.	DOSIS	DURAÇÃO DAS FASES			
						V. LAT.	V. TON.	V. CLAR.	
1.4.48	8,30	35,5	60	10,8	3cc	x	x	x	Choque
9.4.48	"	"	"	"	32cc	x	x	x	Choque
12.4.48	"	"	"	"	33cc	x	x	x	Choque
21.4.48	"	"	"	"	37cc	x	x	x	Choque
24.4.48	"	"	"	"	43cc	x	x	x	Choque
1.5.48	"	"	"	"	46cc	x	x	x	Choque
5.5.48	"	"	"	"	6cc	x	x	x	Choque
8.5.48	"	"	"	"	5cc	x	x	x	Choque
12.5.48	"	"	"	"	5cc	x	x	x	Choque
15.5.48	"	"	"	"	5cc	x	x	x	Choque
17.5.48	"	"	"	"	5cc	x	x	x	Choque
22.5.48	"	"	"	"	5cc	x	x	x	Choque
26.5.48	"	"	"	"	5cc	x	x	x	Choque
29.5.48	"	"	"	"	6cc	x	x	x	Choque

Figura 15: tratamento – convulsoterapia por Nicordamin⁷¹.

⁷⁰ Prontuário 44.

⁷¹ Prontuário 55.

Antes disso, por volta de 1927, um neurologista polonês chamado Manfred Sakel, enquanto fazia residência no Hospital Lichtenfelde para Doenças Mentais, começou a desenvolver pesquisas com o uso de insulina para induzir coma em pacientes psicóticos. Ao bloquear as células nervosas por meio do coma insulínico, o médico acreditava que estas mesmas seriam forçadas a conservar sua energia, fortalecendo-as⁷². Este método, chamado de **insulinoterapia**, foi amplamente utilizado no Hospital Colônia Sant'Ana. Segundo Eliani Costa, esta técnica consistia em amarrar os pacientes nas macas, administrar-lhes a dose de insulina injetável e, conforme cada paciente ia entrando em coma, logo em seguida o funcionário do hospital encarregado de administrar esta terapêutica deveria puncionar a veia do paciente em coma, tirando-o deste estado. Ou seja, a insulinoterapia, também conhecida como **Técnica de Sakel**, consiste em induzir e retirar rapidamente o paciente psiquiátrico do coma utilizando grandes doses de insulina, esperando uma melhora dos sintomas mentais em seguida.

Como pode-se ver na imagem abaixo, as doses iam sendo injetadas aos poucos, aumentando de sessão a sessão, até que se descobrisse a dose necessária para induzir o coma em cada indivíduo. Abaixo, as doses entre 10 e 25⁷³ não ocasionaram coma – o profissional encarregado registrou “nada” no campo “choque”. Nas doses superiores a 30, o choque foi realizado com sucesso, o que significa que o coma foi alcançado.

Neoway 2669

CONVULSOTERAPIA PELO *Insulina*

NOME: _____

PESO: _____ IDADE: _____ DIAGNÓSTICO: _____

DATA	HORA	IDADE:			DOSE	DURAÇÃO DAS FASIS			CHOQUE
		TEMPER.	PULSO	P. ART.		P. LAT.	P. VOL.	P. CLA.	
26-12-28	2,30				10				nada
26-12-28	3,00				15				"
28-12-28	3,20				20				nada
26-12-28	3,40				25				nada
				1,52					
2-1-29					30				Choque semil
4-1-29	3,00				35				Choque "
7-1-29	3,00				40				Choque "
11-1-29					45				" "
14-1-29	3,30				50				Choque semil
16-1-29	3,30				55				" "
19-1-29	3,40				60				Choque semil

Figura 16: tratamento – insulinoterapia⁷⁴

⁷² Para maiores informações sobre este e outros métodos de terapia de choque e convulsoterapia, ler o texto de Renato Sabbatini, disponível em: < <http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm#sakel>>.

⁷³ Não é possível saber qual a grandeza utilizada.

⁷⁴ Prontuário 09. Também aparece como 82.

Por fim, o eletrochoque, como é comumente chamada a eletroconvulsoterapia, foi “descoberto” em 1938, baseado nas conclusões de Meduna sobre a relação entre convulsões e melhora de sintomas psicóticos. Foi desenvolvido por dois médicos psiquiatras italianos, Ugo Cerletti e Lúcio Bini. Eles iniciaram o tratamento com convulsões induzidas a partir de eletricidade, e como resultado, concluíram que estas convulsões aliviavam principalmente sintomas de Psicose Maníaco Depressiva. Era o nascimento da **eletroconvulsoterapia (ECT)**.

Cabe aqui lembrar que no Hospital Colônia Sant’Ana, até o momento final da pesquisa, não foram encontradas sessões de ECT antes de 1945, pelo menos entre os pacientes internados em 1942. O fato de os primeiros pacientes internados terem começado a ser introduzidos ao Eletrochoque apenas em 1945 nos leva a crer que anteriormente este equipamento não estaria disponível. Abaixo, uma ficha de Eletroconvulsoterapia encontrada em um dos prontuários examinados.

Esta terapia é e foi bastante criticada ao longo da história, inclusive no Brasil e principalmente após as denúncias de abusos e maus tratos dentro dos hospitais psiquiátricos. Uma das questões sobre as quais se reflete a respeito é o uso punitivo que o eletrochoque teve nas instituições psiquiátricas. Nos prontuários estes usos não ficam evidentes. No entanto, a quantidade de sessões de eletroconvulsoterapia ao longo dos anos em alguns pacientes é chocante, e deixa espaço para a dúvida sobre a necessidade de tamanha frequência, especialmente sabendo-se que os efeitos imediatos das convulsoterapias em geral são bastante gráficos.

O que estes tratamentos parecem evocar é que o que está associado à eficácia ou não das técnicas é o quão controlável ficava o paciente após passar pelos procedimentos. Em comum, além da convulsão, o subsequente atordoamento e a incapacidade de permanecer de pé, as dores musculares, a confusão. É pertinente refletir como um hospital com apenas um médico trabalhando conseguia dar conta do bem-estar destes pacientes após estes procedimentos sem enfermeiros especializados.

Abaixo, uma ficha de eletroconvulsoterapia iniciada em janeiro de 1945. A administração dos choques vai até junho do mesmo ano, ultrapassando vinte aplicações.

ELETRÓCHOQUE

NOME: _____

PÉSO: _____

IDADE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

DATA	HORA	TEMPER.	PULSO	P. ART.	MIL.	SEG.	CHOQUE
3-1-45	245	36-8	68	12-8	400	0,3	Choque
6-2-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
10-2-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
26-2-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
3-3-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
10-3-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
12-3-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
24-3-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
3-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
8-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
10-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
14-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
17-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
21-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
28-4-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque, Furoto
5-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Furoto
8-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
19-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
22-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Furoto
26-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Furoto
30-5-45	"	"	"	"	400	0,3	Choque
5-6-45	"	"	"	"	400	0,5	Choque

Figura 17: registro de eletroconvulsoterapia, 1945⁷⁵.

Os tratamentos variam de paciente para paciente, e não foi possível identificar o critério utilizado para administrar este ou aquele tratamento. Pacientes esquizofrênicos, identificados com Psicose Maníaco Depressiva ou alcoolismo receberam os mesmos tratamentos, e pacientes com os mesmos diagnósticos às vezes não foram designados às mesmas terapêuticas.

A praxiterapia, que parecia ser o princípio do Hospital Colônia Sant'Ana, provou-se, pelo menos durante o primeiro ano, uma espécie de tratamento acessório. É possível que tenha sido amplamente recomendada sem ser no entanto registrada nos prontuários, porém os relatórios de funcionamento não dão nenhum detalhamento da produção das hortas e lavouras até 1947⁷⁶.

⁷⁵ Prontuário 64. Paciente diagnosticada com Psicose Maníaco Depressiva.

⁷⁶ No ano de 1947, temos um detalhamento da produção, porém, como o ano selecionado para a análise dos prontuários foi 1942, não consideramos pertinente abordar estes dados aqui.

Neoway 2760 de Assistência a Psicopatas Hospital Colônia Santana

FOLHA DE CONTROLE DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS

Seção Feminina, Vento, Simone

Nome _____

Diagnóstico _____

12.2.48	167	Quinopoda	12 gts
" " "	"	Óleo de rissino	200.
12.4.48	495	Bismuto	12 amp.
30.2.48	1212	C. Lepalmaran	2.20.
31.0.48	1241	Tril. lacte	10 amp.
22.6.48	2060	Sintarion	0.15
28.5.48	2029	Acidol	21 amp
29.2.48	3428	Arseose	0.21
25.1.44	335	Nicordamin	2 amp.
28.1.44	368	Arseose	0.25
18.2.44	858	Octilan	10 amp.
27.2.44	1128	Nicordamin	19 amp.

Folia o n. 13

Figura 18: controle de prescrições médicas – de óleo de rissino a convulsivos como nicordamin⁷⁷.

DIAGNÓSTICO Esquizofrenia. forma paranóide?

TRATAMENTO Praxiterapia.

Figura 19: diagnóstico de esquizofrenia (forma paranóide). Tratamento: praxiterapia⁷⁸.

⁷⁷ Prontuário 63. Também aparece como 89.

⁷⁸ Prontuário 160. Também aparece como 36. Registros sobre praxiterapia inexistentes, apesar da recomendação de tratamento.

A análise dos prontuários permite uma série de questionamentos, alguns dos quais foram deixados de fora do recorte deste trabalho. Algumas conclusões podem ser feitas a partir do que foi discutido até o momento final da pesquisa. A primeira é o corpo como centro do tratamento dentro do ambiente institucional. Os tratamentos, todos, durante a década de 1940 como um todo, são voltados para agir sobre o corpo dos pacientes internados. E, apesar dos fortes traços disciplinares do Hospital Colônia Sant’Ana, existe uma predominância da biopolítica. O padrão institucional se dá pela falta: falta de descrições, de preenchimento de campos dos prontuários, falta de encaminhamento para a praxiterapia, falta de observações sobre o progresso do tratamento.

O excesso se dá na preocupação acerca do controle do corpo social circunscrito ao Hospital – mas que poderia conviver com o mundo externo, recebendo alta, ou mesmo ao compartilhar o mesmo teto que os profissionais da instituição. Os excessos estão nas vacinas, exames de sangue, fezes, urina. Estão na eletroconvulsoterapia, na insulino terapia, no nicordamin e no cardiazol, injetáveis, convulsionantes, aterrorizantes.

Enquanto o exame está na ordem da disciplinarização do indivíduo, a normalização e a biopolítica estão na ordem da população. O que nos parece acontecer no Hospital Colônia Sant’Ana e, portanto, na política de Saúde Mental do Estado de Santa Catarina, é que o tempo todo estas duas esferas, disciplinarização e biopolítica, se entremeiam e se articulam, a segunda se sobrepondo à primeira. Retornamos à epígrafe: os mecanismos de segurança, a biopolítica, o biopoder não substituem simplesmente os dispositivos da sociedade disciplinar. O que muda são as técnicas, aperfeiçoadas ou complexificadas.

Segundo Michel Foucault, os mecanismos de segurança (característicos da biopolítica) não surgiram simplesmente nas sociedades a partir da biopolítica ou da observação do biopoder. Eles já estavam presentes na sociedade disciplinar. Segundo o autor, observando como os mecanismos de segurança operam na gestão da população “é absolutamente evidente que isso não constitui de maneira nenhuma uma colocação entre parênteses ou uma anulação das estruturas jurídico-legais ou dos mecanismos disciplinares” (FOUCAULT, 2008, p. 10).

No interior do hospital, estes aspectos se mesclam e se sobrepõem: enquanto a presença das freiras, o discurso moralizante e o exame são marcos disciplinares, a falta de documentação dos tratamentos especificamente “mentais”, oposta ao detalhamento de dados de entrada como sexo, idade, cor, vacinação assinalam a preocupação biopolítica com o controle populacional e o resguardo de pacientes que conviviam com o mundo externo – ou que, antes, poderiam

conviver, mesmo que apenas com a figura dos profissionais da instituição, expostos a suas mazelas.

Assim sendo, embora haja elementos disciplinares inerentes à própria estrutura hospitalar, esta pouca atenção ao paciente na sua individualidade é em si mesma uma política de controle populacional. Para Foucault, no interior da tecnologia e gestão econômica, o objetivo é a população, e não o indivíduo (FOUCAULT, 2008, p. 56). É exatamente neste sentido que o paciente é visto como *membro da população* do hospital. Enquanto membro, as informações pormenorizadas dos paciente dizem respeito ao seu corpo, tema central dos prontuários. Fica evidente a preocupação com a gestão da população intra e extra-hospitalar, seja por meio do exame, do controle do ciclo menstrual (no caso das mulheres), do rastreamento de sintomas psicomotores ou da vacinação. De resto, suas narrativas de si são sequestradas pelo executor do exame, que lhes confere o caráter de sintoma. Após o exame, os pacientes podiam ser tratados. Predominaram os tratamentos denominados convulsoterapia, sejam as químicas – cardiazol e nircodamin – ou induzidas por eletrochoque – eletroconvulsoterapia. Além disso, havia a insulino terapia, indução do coma insulínico.

3.4 AS FREIRAS DA IRMANDADE DA DIVINA PROVIDÊNCIA – PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

Sobre os profissionais que trabalhavam na instituição: é uma verdadeira incógnita. Na documentação não há qualquer menção à contratação de profissionais - nenhum dos relatórios entre 1942 e 1948 prestam contas a esse respeito. No caderno de admissão de novos funcionários, o primeiro médico admitido é de 1947. Antes disso, apenas a admissão do motorista foi anotada. As freiras não aparecem, nem tampouco os profissionais cuidadores.

Se considerássemos apenas a documentação interna do Hospital, especificamente os prontuários, não chegaria ao nosso conhecimento a presença das freiras da Irmandade da Divina Providência. Não existem assinaturas por parte das freiras, mesmo nas partes dos prontuários que requerem assinaturas e naquelas que, a julgar pela forma da caligrafia, foram preenchidas por elas. Os prontuários aqui utilizados apresentam em suas capas a caligrafia clara e bonita da década de 1940, e não as letras às vezes incompreensível e apressadas dos médicos, o que nos leva a crer que foram preenchidas pelas freiras - já que outros trabalhos de outros historiadores apontam para o fato de os profissionais do hospital conhecidos posteriormente como “práticos” não sabiam ler nem escrever mais que o próprio nome. Apesar disso, sabe-se por meio dos

relatórios de funcionamento que elas eram não só funcionárias do hospital como possuíam algum prestígio. Mas não foi possível coletar informações além disso na documentação consultada.

As fontes acerca da presença das freiras da divina providência no hospital são escassas. A não ser por uma série de entrevistas realizadas por Eliani Costa, doutora em enfermagem cuja tese se debruça sobre a questão da entrada dos enfermeiros e enfermeiras profissionais na instituição na década de 1970, em que o tema das freiras é abordado, mas sob um ponto de vista do saber científico versus saber religioso, um ou outro fragmento acerca da sua passagem pelo hospital pode ser identificado na documentação oficial do estado. No acervo do Hospital não há nenhum documento referente a elas, elas não aparecem no livro de admissão de funcionários, nem no Relatório de Funcionamento de 1942, nem nos relatórios estaduais na sessão sobre o Hospital Colônia Sant'Ana. Dessa forma discutimos aqui a questão da moralização pelo trabalho pretendida pela instituição e como a presença destas religiosas se relaciona a ela.

Durante a realização da cerimônia de lançamento da pedra fundamental do Hospital Colônia Sant'Ana foi proferido um discurso pelo Secretário de Justiça, Educação e saúde de Santa Catarina, Ivo D'Aquino. “É bastante considerar as causas eficientes da demência: imediatas ou remotas, congênicas ou adquiridas, morais ou fisiológicas (...) para se conjecturar a dimensão da área social, onde seria necessário exercitar o combate à moléstia” (D'AQUINO, 1939, pp.14-15).

Essa preocupação com a formação moral dos indivíduos, expressa tanto quanto as questões físicas, fossem elas congênicas ou adquiridas, é uma tendência da psiquiatria brasileira do período, conforme abordado no primeiro capítulo. Encarava-se a loucura como um problema de saúde e um problema social, algo a ser combatido por meio de diversas formas. Vimos também que as justificativas utilizadas para legitimar o modelo hospital-colônia reforçavam não só a questão do trabalho como uma necessidade de reforma moral, sendo esta a solução para a reeducação e reinserção do paciente na sociedade. Segundo Plano Hospitalar Psiquiátrico estes indivíduos eram peso na economia sua doença era a um só tempo causada por questões genéticas e comportamentos morais condenáveis. O uso da presença das religiosas como modulação dos costumes e reeducação cotidiana aparece como forma de alinhar a organização do hospital ao modelo de nacionalismo vigente.

Vemos portanto que o discurso de Ivo D'Aquino encontra ressonância em outros documentos: além do Plano Hospitalar Psiquiátrico, as questões morais aparecem na legislação

de 1934 e no Relatório de Funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana do diretor Agripa Faria de 1942.

Mas por que, numa sociedade que buscava a modernização e que tanta ênfase deu à urbanização como forma de fortalecimento da nação, usar-se-ia o formato hospital-colônia, com ênfase no trabalho rural, para o tratamento dos doentes? Talvez, se retornamos um pouco ao Plano Hospitalar Psiquiátrico analisado no primeiro capítulo, possamos achar algumas pistas.

Os abalos sofridos pela coletividade humana sobretudo na esfera moral, condicionam em especial nos centros populosos, a acentuação de fatores despertantes de afecções mentais que antes eram de menos importância. A vida hodierna, no seu ritmo veloz; a luta pela subsistência, com as dificuldades que se multiplicam dia-a-dia; as catástrofes políticas; os movimentos bélicos; *as crenças e práticas religiosas esdrúxulas e esquisitas; a dissolução dos costumes*; a propagação das toxicomanias; a falta de adaptação e ajustamento dos processos sexuais; tudo isso e mais fatores correlatos, contribui, nos nossos dias, para que o rol das psicopatias psicogênicas cresça assustadoramente. E a sociedade se vê de braços com um número de instáveis, fóbicos, desajustados, tímidos, impulsivos, irritáveis, que vão criar tantos outros problemas domésticos familiares e causar grave prejuízo à harmonia e ao equilíbrio do meio social. (Plano hospitalar psiquiátrico, p. 428 – grifos meus)

No trecho acima, retirado do Plano Hospitalar Psiquiátrico, é possível notar uma preocupação com o ritmo da vida moderna e seu passo acelerado, a “dissolução dos costumes”, considerando estas como algumas das causas dos desequilíbrios mentais e desarmonia no meio social. Destacamos a especial atenção dada aos “centros mais populosos”, onde esses aspectos próprios da vida capitalista e urbana seriam mais facilmente sentidos. A proposta do trabalho agrícola como contrapartida ao ritmo acelerado das cidades aparece, portanto, como resposta às condições mentais estressantes presentes no ritmo acelerado das cidades.

Mas a ideia de um “resgate” de um modo de vida romantizado não se encerra nessas questões. A esta degeneração do corpo social, refém de um ritmo de vida veloz, está atrelado um forte componente de valorização da moralidade cristã, mais especificamente a católica, como pode ser visto no trecho acima grifado.

A presença das freiras da Irmandade da Divina Providência encontra sua primeira justificativa institucional pela educação moral dos pacientes do Hospital Colônia Sant'Ana. A educação moral pelo trabalho agrícola estava pautada numa visão romantizada da vida no campo aliada à modulação dos costumes, inclusive os religiosos. Não à toa o trecho acima menciona tanto uma dissolução dos costumes quanto “crenças e práticas religiosas esdrúxulas e esquisitas”. Não podemos assumir com certeza a que práticas estariam se referindo estas palavras, embora muito provavelmente tenham a ver com religiões não cristãs, de matriz africana ou mesmo ao espiritismo. Mas esta afirmação nos diz que existiam práticas religiosas

não esquisitas e não esdrúxulas. Há uma modulação dos costumes por meio da religião, e pode-se dizer que uma intenção moralizante religiosa não seria indesejável para o DNS. Cabe salientar que o Decreto 24.559 admite a internação de pacientes por solicitação religiosa, conforme declarado no artigo 11.

No caso catarinense, as relações institucionais do estado com sacerdotes da religião católica, e a relação do próprio ideal de nação erigido desde o primeiro governo de Getúlio Vargas encontram local privilegiado, segundo Rogério Luíz de Souza. "Lançando mão de imagens e de valores normativos, ela [a Igreja Católica] formulava enunciados que enfatizavam e corroboravam a nova prática social" (SOUZA, 1996, p.24).

Um exemplo é a cerimônia de inauguração do Hospital, em 10 de novembro de 1941, marcada pela presença de um arcebispo, que recebeu lugar importante no decorrer do ritual de inauguração. Ao lado do Interventor e sua esposa, o arcebispo abençoou o edifício, e somente depois disso pôde o Diretor da Instituição, o Dr. Agripa Faria, proferir seu discurso, conforme salientado no Jornal Dia E Noite de novembro de 1941:

Depois da execução do Hino Nacional, pela banda da Fôrça, s. excia. desatou a fita que vedava o acesso ao edifício, ouvindo-se demorados aplausos.
A seguir, s. excia. revma. D. Joaquim procedeu à *benção do edifício*.
Terminada essa cerimônia religiosa, foi a Colônia franqueada aos ilustres convidados, que reunidos no saguão, ouviram a palavra entusiástica do Sr. dr. Agripa de Castro Faria, que pronunciou aplaudido discurso. (JDN, 13/11/1941 – grifos meus)

Segundo Rogério Luíz de Souza, esse tipo de ritual público, que ele atribui ser de caráter “cívico-religioso”, criam uma ética a ser transposta da esfera pública para a privada também. Para o autor, os sistemas domésticos deveriam pressupor a ética criada pelo rito, onde realização pessoal e bem comum relacionam-se de forma indissolúvel. A criação da civilização brasileira ligando-se, assim, à obliteração dos grupos problemáticos, uniformizaria a sociedade, estaria pautada nessa junção da ritualística religiosa e dos discursos nacionalistas, unificando espaços sociais (SOUZA, 1996, pp.45-46).

O discurso de Ivo D’Aquino demonstra que essa modulação dos costumes era necessária e desejada pelo governo catarinense com a criação do Hospital Colônia Sant’Ana. Segundo o Secretário de Saúde, a instituição tinha por finalidade dar “assistência clínica aos enfermos mentais e resguardando a sociedade do contato daqueles que lhe possam constituir um perigo permanente, como mantê-los sob *sujeição humana e cristã*, cumprirá este estabelecimento um dos seus desígnios mais enobrecedores”. Evidencia-se a preocupação com o isolamento, nesse caso não demonstrando intenções relacionadas à reintegração desses indivíduos internados à

sociedade, demonstrando preocupação com a segurança pública. Assim como o texto do Plano Hospitalar Psiquiátrico, o discurso de Ivo D’Aquino aponta para “afecções morais” e para a superstição como fatores das doenças mentais (D’AQUINO, 1939, p.18).

Segundo Catarina do Carmo, a história da presença das Irmãs da Congregação da Divina Providência no HCS está relacionada à colonização germânica no Estado de Santa Catarina, tendo suas primeiras irmãs emigrado ao Brasil no final do século XIX. Em 1897, assumem, em Florianópolis, o Hospital de Caridade. Em 1902, chegam a Brusque, para trabalhar no Asilo Azambuja.

Explorando o trabalho acadêmico do Padre Aldecir José Piai, intitulado “A presença das Irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Santana, de 1941 a 1992”, um estudo datado de 1997, a autora afirma que Nereu Ramos teria visitado as irmãs para lhes pedir que assumissem o trabalho no Hospital Colônia Sant’Ana tendo em vista sua experiência com instituições de saúde no estado, a exemplo do Hospital de Caridade e no Próprio Asilo Azambuja. Fechado o asilo, as religiosas assumiram o Hospital, e com elas vieram seus internos, transferidos para o HCS em 1942.

No contrato, a especificação dos deveres das irmãs, que ficavam encarregadas do cuidado das internas, fiscalização do serviço alimentar, incluindo tanto a cozinha quanto a padaria, outros serviços relacionados às vestimentas. Desta forma, eram as irmãs que administravam os recursos dentro do hospital:

Cláusula Primeira

Fica a cargo das irmãs o que diz respeito à administração interna do estabelecimento, encarregando-se elas dos serviços decorrente da mesma, ou sejam: o cuidado e tratamento dos alienados da secção feminina, a fiscalização do serviço de cozinha, padaria, dispensa, rouparia, costura, lavanderia, exercendo no dito estabelecimento severa vigilância na manutenção de economia e ordem.

Além das tarefas relacionadas ao cuidado dos doentes e da manutenção e fiscalização do funcionamento do hospital, a própria admissão profissional ficava a encargo das religiosas, sendo o crivo da Irmã Diretora tão importante quanto o do diretor da instituição.

Cláusula Quarta

A nomeação dos empregados, bem como sua exoneração, será feita pela Irmã Diretora de acordo com a diretoria ou quem suas vezes fizer. (PIAI, 1997, anexo 1, p. 53).

Salientamos ainda o fato de as tarefas expressas na cláusula serem, na época, eminentemente femininas (administração do trabalho nas lavanderias, padaria, cozinha, por exemplo), o que demonstra uma moralização dos costumes na própria divisão de tarefas do hospital, cabendo destacar ainda que o contrato atribui às freiras os cuidados das doentes apenas

da seção feminina do hospital, demonstrando uma divisão de gênero também quanto às alas de tratamento, além dos trabalhos dentro da administração como um todo.

Outra autora que analisa o trabalho do Padre Piai, Eliani Costa, aborda o fato de que foi construída uma residência para as religiosas nos limites do Hospital quando foi inaugurado. Seriam vinte e três freiras morando na edificação, mas nem todas trabalhando no Hospital – algumas delas eram encarregadas dos serviços da própria casa, na comunidade e na Congregação. Segundo Piai, as primeiras a desenvolverem trabalhos na instituição entre 1941 e 1942 foram a Madre Superiora (diretora), Irmã Fátia Rüther, e Roseana Meurer, Evandina Besen, Telésfora Ricther, Fernandina Schliikmann, Lorena, Atomara, Silvina, Ecilda e Onélia, que eram irmãs auxiliares (PIAI apud Eliani Costa, 2010, p. 141).

Além da presença das freiras, o Hospital contava ainda com uma Capela própria, cuja construção é mencionada no Relatório de Funcionamento da instituição em 1942. O prédio ainda está de pé no Instituto de Psiquiatria, embora seu péssimo estado de conservação impeça a visita. No entanto impõe-se sobre a contemporaneidade como uma memória silenciosa e edificada da presença dessas profissionais na instituição.

Com as fontes que possuímos, sem recorrer a entrevistas e à metodologia da História Oral, não é possível fazer maiores inferências acerca de como exatamente estas religiosas agiram dentro do contexto hospitalar. No entanto, se recorrermos novamente a Michel Foucault, que diz em *Segurança, Território e População*, que o pastorado é um poder do qual ainda não nos libertamos (FOUCAULT, 2008, p. 197), podemos apresentar alguns apontamentos.

Se admitirmos o pastorado como modelo de procedimento de governo (Ibidem, p. 196), e que este modelo é fundamental para entender práticas disciplinares e se constitui como matriz das estruturas de poder, entendendo que as freiras estavam diretamente envolvidas em questões administrativas do Hospital, conforme apontam as fontes, é possível que a disciplina religiosa dentro do HCS estivesse fortemente ligada aos procedimentos analisados no subcapítulo anterior.

Contendo uma capela dentro de sua estrutura, o Hospital certamente foi palco de uma série de procedimentos rituais envolvendo a presença dessas religiosas. Se, segundo Rogério Luiz de Souza, para o momento nacionalista pelo qual o país passava, e Santa Catarina por sua vez foi um estado onde esse nacionalismo encontrou formas bastante repressivas de se desenvolver, tanto o âmbito público quanto o privado se tornavam perigosos (SOUZA, 1996, p. 46), o controle social torna-se um aspecto crucial para a manutenção da ordem. A religião entra como aspecto chave nesse sentido.

Para Souza, estando o ideal de nacionalização do Estado Novo atrelado à neutralização de grupos sociais “problemáticos” – e aqui entram todas as categorias patologizáveis, o louco, o vagabundo, a prostituta, o indigente – a presença de uma irmandade religiosa num hospital psiquiátrico impõe-se como agente unificador de espaços sociais, marcando sua presença e regulando os sistemas éticos, especialmente por meio do ritual (Ibidem, p. 47). A presença do catolicismo como regulador do cotidiano hospitalar, exercendo um poder disciplinar, sem no entanto haver registros do exercício desse poder nos documentos hospitalares, parece completar o quadro institucional aqui pintado com boa dose de ironia.

4 CONCLUSÃO

Não dá pé não tem pé nem cabeça
 Não tem ninguém que mereça
 Não tem coração que esqueça
 Não tem jeito mesmo
 Não tem dó no peito
 Não tem nem talvez
 Ter feito o que você me fez
 Desapareça cresça e desapareça

Não tem dó no peito
 Não tem jeito
 Não tem coração que esqueça
 Não tem ninguém que mereça
 Não tem pé não tem cabeça
 Não dá pé não é direito
 Não foi nada eu não fiz nada disso
 E você fez um bicho de sete cabeças
 Bicho de sete cabeças...

Bicho de Sete Cabeças II, Geraldo Azevedo.

Esta é uma história difícil de ser contada. Ler sobre o sofrimento de outros seres humanos é sempre doloroso, gera incômodo, tira o sono. Pela brutalidade normalizada, pelas histórias que podiam ser resolvidas sem virar o bicho de sete cabeças da internação. Uma série de conclusões puderam ser feitas acerca deste estudo. Em primeiro lugar, podemos discutir acerca de questões metodológicas: a pesquisa com material médico por parte de historiadores e historiadoras é bastante desafiadora por diversos motivos. Dentre estes motivos, podemos citar razões burocráticas e práticas de acesso à documentação. É necessário estar atenta às normas regularizadoras de fontes históricas referentes a pessoas que foram internadas e que trabalharam em Hospitais de forma geral, observando-se o caso delicado daqueles envolvidos com a medicina psiquiátrica. Reforço aqui que em nenhum momento deste trabalho buscamos expor estas pessoas. Também não buscamos traçar a história de trajetórias individuais de sujeitos internados, e gostaria de ressaltar que é possível fazer histórias mais pormenorizadas das experiências de internação no Hospital Colônia Sant'Ana a partir da leitura dos prontuários - sugerimos, inclusive, este caminho para pesquisas de outros pesquisadores.

As questões burocráticas envolvendo o Comitê de Ética em Pesquisa são trabalhosas, e requerem cuidado e bastante atenção à escrita do projeto. Dentro do hospital, os desafios metodológicos são referentes a se fazer entender enquanto pesquisadora de forma que as

peessoas das quais dependem nosso trabalho - trabalhadores e trabalhadoras de uma instituição de saúde, cuja atenção está totalmente voltada a prestar os serviços de saúde para os quais foram designados, e não auxiliar pesquisadores em salinhas cheias de papéis antigos... Enquanto pesquisadores, precisamos entender que, apesar de toda a legitimidade de nosso trabalho e da importância que ele tem, estamos ali para fazer usos do passado e, conseqüentemente, dos documentos produzidos pelo hospital que não são aqueles da ordem do dia do Hospital. Por esse motivo, precisamos aprender a nos comunicar, defender nosso trabalho cotidianamente e construir uma boa relação com os e as profissionais de saúde e técnicos que trabalham nestes hospitais. É essencial saber se comunicar e entender que, neste contexto, somos *outsiders*, e devemos sempre lembrar disso para não esmorecer diante das dificuldades.

Isto não significa que não teremos uma perspectiva crítica da situação - e daí vem uma terceira questão envolvendo o método: como construir perguntas para os prontuários? Como se intencionou verificar na presente dissertação, o preenchimento dos prontuários nem sempre é o ideal. Na realidade, a regularidade discursiva desta documentação é bastante lacunar. O historiador que se aventura pelos prontuários do Hospital Colônia Sant'Ana lida com pistas muitas vezes esparsas de um passado bastante turbulento. Quando existem, as pistas são escritas em letra difícil, literalmente de médico, e a digitalização (em preto e branco) dos prontuários não ajudou. Muitas páginas estão ininteligíveis. Nas que estão legíveis, o desafio é lidar com os termos técnicos e médicos, e com as contradições de informações encontradas.

Retomamos e re-elaboramos a pergunta: como construir perguntas para prontuários *nessas condições*? A ideia da presente pesquisa foi manter as perguntas simples e objetivas, reunindo informações que pudessem caracterizar o tratamento durante o primeiro ano. Perguntas como: como eram tratados os pacientes?; Quais as doenças mais comuns?; havia mais homens ou mais mulheres internados?; havia crianças? Quantas?; havia idosos? Quantos?; qual a proporção entre pacientes pretos e brancos? Havia indígenas? Quantos eram descendentes de alemães e italianos?; quais eram os tratamentos mais utilizados?; quem trabalhava no hospital?, e assim por diante. Assim, escolhemos uma amostragem pequena de prontuários, separados entre completos e incompletos, que fornecessem informações e dessem uma ideia geral de como eram tratados os pacientes.

Este trabalho se propôs a identificar os discursos diagnósticos e os tratamentos do Hospital Colônia Sant'Ana em sua emergência, inserindo a instituição num contexto maior, nacional, de políticas públicas de saúde mental. Para isso analisamos as diretrizes nacionais de saúde mental da época, por meio do Plano Hospitalar Psiquiátrico e da legislação vigente. Num

segundo momento, discutimos os discursos médicos que consideramos mais importantes para compreender a política de saúde mental empreendida, articulando as falas de Henrique Roxo, Emil Kraepelin e Agripa Faria, diretor do Hospital Colônia Sant'Ana. Por fim, passamos para a análise do funcionamento do hospital.

O que se pôde concluir foi que, embora o trabalho agrícola dentro da instituição tenha se configurado como algo do campo médico, e as justificativas para o emprego da praxiterapia tenham sido muitas vezes embasados em seu caráter terapêutico, nos registros do hospital nos prontuários dos pacientes, a praxiterapia pouco aparece e, quando aparece, está pouco detalhada, com preenchimento lacunar, ou mesmo sem registro algum. Portanto, embora no projeto de saúde mental no qual está amparado o Hospital conste o hibridismo entre a justificativa clínica e a moralização pelo trabalho, os registros dos primeiros pacientes não evidenciam qualquer cuidado propriamente médico durante a praxiterapia.

Vimos que as formulações de Agripa Faria, diretor da instituição, buscavam uma rede institucional mais ampla, que desse conta dos hábitos da população e da profilaxia da doença mental. Em muitos momentos, o diretor do HCS escreve de forma cuidadosa e frisando a necessidade de tratar com cuidado os pacientes do hospital. Nos prontuários, o que encontramos, foi o preenchimento lacunar, a falta de informações, a prescrição de terapêuticas convulsivas bastante agressivas, e poucas observações acerca dos pacientes.

A população do hospital era separada por sexo e entre agitados e não agitados. Foram identificados nomes de enfermarias nos prontuários, mas até o momento final da pesquisa, não se pôde concluir quais eram os critérios de separação. Havia mais internos (173) que internas (136), cerca de 20 crianças internadas, e a maior parte dos internados eram brancos. Boa parte dos pacientes possuíam ascendência alemã e italiana, especialmente porque boa parte deles tinha vindo das instituições de Joinville e Brusque, cidades caracterizadas pela imigração.

Vimos que os tratamentos utilizados no primeiro ano foram as injeções de cardiazol e de nicordamin, substâncias convulsivas que foram utilizadas na convulsoterapia, bem como o coma insulínico. A eletroconvulsoterapia só começou a ser empregada a partir de 1945. O que parece ter ditado as terapêuticas utilizadas no Hospital foi o princípio da convulsão.

Por fim, foi muito difícil rastrear a presença dos profissionais que trabalhavam na instituição na época. Nenhuma fonte foi encontrada no acervo hospitalar e nem nos arquivos públicos que tivesse qualquer registro dos “enfermeiros” e freiras admitidos no Hospital durante o período estudado. A história presença das Irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Sant'Ana é entrecortada de uma bruma de mistério e de lacunas documentais. Aponta caminhos

a serem seguidos pelas futuras pesquisas acerca dos tratamentos e diagnósticos do hospital durante a década de 1940. Pudemos constatar que havia um interesse em se modular a moral dos pacientes psiquiátricos dentro de práticas e ideais religiosos, notadamente os cristãos, preferencialmente católicos.

Este trabalho teve como intenção ser um estudo introdutório das práticas hospitalares do hospital Colônia Sant'Ana na década de 1940, observando principalmente seu primeiro ano de funcionamento. Acredito que encontramos caminhos possíveis a serem seguidos por outros e outras historiadores e historiadoras, e que alcançamos algumas respostas um pouco mais detalhadas sobre alguns tratamentos oferecidos na época. Que seja o ponto de partida para outras pesquisas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.
- 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.
- ANTOMÁS, J; HUARTE DEL BARRIO, S. **Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales / Confidentiality and the medical record. Ethical-legal considerations**. An Sist Sanit Navar; 34(1): 73-82, ene.-abr. 2011. Disponível em <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision2.pdf>>.
- 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>.
- 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>
- _____. **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>>.
- _____. **Arquivos Marginais: outras fontes, outros acervos**. Revista Eletrônica Ventilando Acervos, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 1-54, dez. 2016.
- 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.
- _____. Ministério da Educação e Saúde. **Documentos contendo as respostas dos estados aos questionários formulados pelo Ministério da Educação e Saúde e pela Secretaria da Previdência envolvendo realizações administrativas**. Rio de Janeiro; São Paulo. Arquivo Gustavo Capanema, série Ministério da Educação e Saúde, Assuntos Políticos; GC i 1940.10.13 (Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil). s.d.
- _____. 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.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos Malditos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

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

CARMO, Catarina Lisboa. **Vozes em transito: 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.

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>>.

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>>.

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, suppl.2, pp. 527-535. Disponível em <<http://periodicos.fiocruz.br/pt-br/publicacao/18787>>.

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

FARGE, Arlete. **O Sabor do Arquivo**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.

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>

FONSECA, Cristina M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. (Coleção História e Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

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.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes, 2008. (Coleção tópicos).

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

_____. **Segurança, Território, População**. Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes, 2008.

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.

GRAÇAS, Maria das. **Imagens Invisíveis de Áfricas Presentes: Experiências Negras no Cotidiano da Cidade de Florianópolis (1930-1940)**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em História. Florianópolis, 1997.

Hospital Colônia Sant'Ana. **Prontuário do paciente Arthur**. Número de registro: 166. 1942.

_____. **Prontuário da paciente Augusta**. Número de registro: 51. 1942.

_____. **Prontuário do paciente Estela**. Número de registro: 49. 1942.

_____. **Prontuário do paciente Ian**. Número de registro: 34. 1942.

_____. **Prontuário do paciente Isaías**. Número de registro: 144. 1942.

_____. **Prontuário da paciente Luzia**. Número de registro: 46. 1942.

_____. **Prontuário do paciente Paulina**. Número de registro: 53. 1942.

_____. **Prontuário do paciente Sandro**. Número de registro: 01. 1942.

_____. **Prontuário do paciente A**. Número de registro: 3048. 1942.

_____. **Prontuário do paciente B**. Número de registro: 95. 1942.

_____. **Prontuário do paciente C**. Número de registro: 73. 1942.

_____. **Prontuário do paciente D**. Número de registro: 75. 1942.

_____. **Prontuário do paciente E**. Número de registro: 76. 1942.

_____. **Relatório referente ao ano de 1942**. São José: 1942. Disponível em: Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

_____. **Relatório referente ao ano de 1939**. São José: 1939. Disponível em: Arquivo Público de Santa Catarina.

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

JABERT, Alexander; Facchinetti, Cristiana. **A experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do sanatório espírita de Uberaba**. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*; 14(3): 513-529, set. 2011.

JABERT, Alexander. **Estratégias populares de identificação e tratamento da loucura na primeira metade do século XX: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba** *Hist Cienc Saude Manguinhos*; 18(1): 105-120, mar. 2011.

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

LEON, Ana Terra de. **Um lugar para a loucura: a política de saúde mental durante o Estado Novo em Santa Catarina (1939-1942)**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em HISTÓRIA)– UDESC, 2015.

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

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. **A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde**. Saúde Soc; 19(3): 664-673, jul.-set. 2010.

NAVARLAZ, Vanesa Eva. **Los anales de biotipología, eugenesia y medicina social y un cambio en la nosografía psiquiátrica relacionado con el origen de la psicología en la Argentina**. Anu. investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires;15(2):151-159, sept. 2008. tab, graf.

NASCIMENTO, Jonas João do. **“Porque nunca morre a voz desse cantor”: a construção de si de um cantor louco (1978-1989)**. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em HISTÓRIA)– UDESC, 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>.

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>>.

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>.

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

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.

RAMOS POZÓN, Sergio. **La historia clínica en salud mental**. Acta bioeth; 21(2): 259-268, 2015. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/bic-4725>>.

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.

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, Rogério Luiz de. **A Construção de uma Nova Ordem: catolicismo e ideal nacional em Santa Catarina (1930-1945)**. Florianópolis, 1996. Dissertação.

STEPAN, Nancy Leys. **"A Hora da Eugenia": raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

STOLER, Ann Laura. "The Pulse of the Archive" in: **Along the Archival Grain: Epistemic Anxieties and Colonial Common Sense**. Princeton: Princeton U. P., 2009, p. 17-53.

TENÓRIO, Fernando. **Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.941-963.

VALE, Thiago Cardoso; LEES, Andrew; CARDOSO, Francisco. **A biosketch of William Richard Gowers with a new review of his inpatient case history notes.** Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.71 no.6 São Paulo June 2013

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>.

_____. **Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.327-343.

VENÂNCIO, Ana Teresa A.; CASSILIA, Janis Alessandra P. **A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil.** Espaço Plural, vol. XI, núm. 22, enero-junio, 2010, pp. 24-34 Universidade Estadual do Oeste do Paraná Marechal Cândido Rondon, Brasil

WADI, Yonissa Marmitt. **OLHARES SOBRE A LOUCURA E A PSIQUIATRIA: UM BALANÇO DA PRODUÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES (BRASIL, 1980-2011).** XXVII Simpósio Nacional de História: conhecimento histórico e diálogo social. Natal, julho de 2013.

ANEXO A – Dados dos primeiros pacientes internados no HCS

Abaixo, apresentamos a tabela com os dados sobre os primeiros pacientes internados na instituição. Os dados foram disponibilizados pelo Centro de Documentação e Pesquisa do HCS/Ipq-SC. Dos 309 internados em 1942, a tabela conta com os dados de 241 prontuários. Desta tabela saíram alguns dos dados quantitativos desta pesquisa.

PRONT	DIAGNÓSTICO	ENTRADA	SAÍDA	SEXO	IDADE	NACIONALIDADE	PROCEDÊNCIA	COR	INTERNANTE
1	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	04/12/1942	NADA CONSTA	M	36	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
1034	P. M. D.	04/07/1942	06/11/1942	MASCULINO	31	BRASILEIRO	CAMBIRI	NADA CONSTA	GOVERNO DO ESTADO
003	PSICOSE MANÍACO DEPRESSIVA	07/02/1942	21/07/1942	MASCULINO	43	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
154	PSICOSE MANIACO DEPRESSIVA	07/02/1942	02/07/1945	MASCULINO	44	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
103	ESQUIZOFRENIA	06/01/1942	ÓBITO: 09/11/1950	FEMININO	46	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	NADA CONSTA	GOVERNO DO ESTADO
84	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	31/10/1962	FEMININO	58	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
102	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	18/01/1965	FEMININO	57	NADA CONSTA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
82	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	21/03/1942	FEMININO	41	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
126	XV	04/02/1942	22/05/1947 ÓBITO 19/04/1942 ALTA EXP.	FEMININO	16	BRASILEIRA	JOINVILLE - HOSPICIO	BRANCA	PREFEITURA DE JOINVILE
129	R. ESQUIZOFRENICA	04/02/1942	22/05/1947 ÓBITO 19/04/1942 ALTA EXP.	FEMININO	30	BRASILEIRA	JOINVILLE - HOSPICIO	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
160	ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE	04/02/1942	11/06/1947	MASCULINO	45	BRASILEIRA	SÃO JOAQUIM	BRANCA	MANOELA TEODORA DA SILVA
115	NADA CONSTA	04/02/1942	12/01/1946 ÓBITO	FEMININO	31	BRASILEIRA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	GOVERNO DO ESTADO
113	PARALISIA GERAL	31/01/1942	17/03/1962	M	31 ANOS	BRASILEIRA	DA SUA RESIDENCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
116	NADA CONSTA	04/02/1942	03/03/1942	FEMININO	37	BRASILEIRA	HOSPICIO JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
125	EPILEPSIA	04/02/1942	14/04/1952 ÓBITO	FEMININO	54	BRASILEIRA	NADA CONSTA	PRETA	NADA CONSTA
90	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	ÓBITO: 16/09/1959	FEMININO	31	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
101	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	06/01/1942	ÓBITO: 03/05/1963	FEMININO	38	NADA CONSTA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	ANTONIO SCHAFF
81	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/02/1942	ÓBITO: 17/03/1955 01/08/1946 ALTA EXP.	FEMININO	60	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
158	NADA CONSTA	07/02/1942	01/08/1946 ALTA EXP.	M	28	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
88	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	21/09/1967	FEMININO	36	NADA CONSTA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
109	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	26/01/1942	ÓBITO: 13/09/1963	FEMININO	37	NADA CONSTA	TIJUCAS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO

117	ILEGÍVEL/OLIGOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 23/04/1947	FEMININO	25	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
128	ESQUIZOFRENIA PARANOÍDE	04/02/1942	27/03/1968	FEMININO	44	BRASILEIRA	JOINVILLE - HOSPICIO	BRANCA	G. .E.
155	PSICOSE MANIACO DEPRESSIVA	07/02/1942 - 25/06/1951	17/12/1946 - 18/06/1956	MASCULINO	52	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
86	ESQUIZOFRENIA	06/01/1942	ÓBITO: 30/12/1942						
87	ESQUIZOFRENIA PARANOÍDE	06/02/1942	ÓBITO: 02/02/1952	FEMININO	38	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
112	ESQUIZOFRENIA PARANOÍDE	28/01/1942; 18/08/1958	14/08/1958; 24/03/1959	M	31	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
83	ENCEFALOPATIA INFANTIL	06/02/1942	21/06/1947	FEMININO	8	BRASILEIRA	HOSPÍCIO - BRUSQUE	BRANCA	VIUVA VERA FROCHLICH
162	DEMÊNCIA (?) ESQUIZOFRÊNICA	12/02/1942	21/03/1948	MASCULINO	66	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	BRANCA	JOSÉ FERREIRA
151	P.M.D. - CICLOFRENIA	07/02/1942	22/08/1968	MASCULINO	36	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
123	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	04/02/1942	NADA CONSTA	FEMININO	32	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
131	ESQUIZOFRENIA	04/02/1942	01/06/1947 ÓBITO	FEMININO	40	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
120	ESQUIZOFRENIA? (PONTUAÇÃO DO DOCUMENTO)	04/02/1942	26/10/1942	FEMININO	32	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
124	ESQUIZOFERNIA CATATÔNICA	04/02/1942	NADA CONSTA	FEMININO	45	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
140	ESQUIZOFRENIA	07/02/1942	08/10/1946	MASCULINO	41	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
149	PERSONALIDADE PSICOPÁTICA	07/02/1942	10/02/1943	MASCULINO	24	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
122	R. SCHYZOFRENICA	04/02/1942	19/04/1942 ALTA EXP.	FEMININO	33	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
152	ESQUIZOFRENIA	07/02/1942	NADA CONSTA	MASCULINO	24	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
148	ESQUIZOFRENIA	07/02/1942	23/07/1942	MASCULINO	36	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	PARDA	GOVERNO DO ESTADO

130	DÉBIL MENTAL	04/02/1942	29/01/01/1969 ÓBITO	FEMININO	26	BRASILEIRA	ESTAÇÃO NEREU RAMOS - RIO NEGRINHO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
132	R. ESQUIZOFRENICA	04/02/1942	19/02/1942	FEMININO	30	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
121	DÉBIL MENTAL	04/02/1942	17/04/1943	FEMININO	31	BRASILEIRA	NADA CONSTA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
163	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	13/02/1942	16/09/1955	MASCULINO	27	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
150	NEUROSE PTIATICA	07/02/1942	29/03/1943	MASCULINO	18	BRASILEIRA	ASILO OSCAR SCHNIDER	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
118	ILEGÍVEL (R???) ESQUIZOFRÊNICA???)	04/02/1942	09/04/1942	FEMININO	20	BRASILEIRA	HOSPICIO DE JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
1115	EPILEPSIA O.F	05/12/1942	ÓBITO: 19/08/1950	FEMININO	36	NADA CONSTA	RODEIO	NADA CONSTA	INDIGENTE
1136	PARALISIA GERAL	20/01/1942	11/03/1948 ÓBITO	MASCULINO	33	BRASILEIRA	VILA NOVA	BRANCA	NADA CONSTA
270	ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA	04/11/1942	16/05/1952 ÓBITO	F	25	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
273	DELÍRIO ALCOÓLICO	04/11/1942 - 26/10/1949	08/12/1943 - 29/11/1949	M	28	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	PARDA	ANGELINA MORAES
278	EPILEPSIA	08/11/1942	10/03/1951	F	25	BRASILEIRA	SUA RESIDENCIA	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
281	OLIGOFRENIA	10/11/1942	31/08/1943	M	50	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
257	SELIGOFRENIA CATATONICA	20/09/1942	16/09/1953 ÓBITO	F	26	BRASILEIRA	TIJUCAS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
272	ESQUIZOFRENIA	04/11/1942	05/03/1951	M	55	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
258	ESQUIZOFRENIA	30/09/1942	16/03/1943 - 11/03/1947 - 30/06/19/55 ÓBITO	M	19	BRASILEIRA	URUSSANGA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
276	ESQUIZOFRENIA	06/11/1942	17/08/1946 ÓBITO	F	23	BRASILEIRA	CAMPOS NOVOS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
256	XI PSICOSE ARTERIOESCLEROSE	19/10/1942	13/03/1945	M	65	BRASILEIRA	SÃO FRANCISCO	PRETO	GOVERNO DO ESTADO
260	P.M.D.	09/10/1942	09/02/1943	M	46	BRASILEIRA	CADEIA DE CAÇADOR	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
267	ESQUIZOFRENIA	26/10/1942		M	31	BRASILEIRA	CAPITANIA DO PORTO DE FPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
262	OLIGOFRENIA	16/10/1942 - 07/11/1951 - 13/01/1952	19/02/1943 - 28/12/1951 - 09/04/1952	M	22	BRASILEIRA	CADEIA DE PALHOÇA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
283	PG - XI	11/11/1942	11/10/1951 ÓBITO	F	14	BRASILEIRA	SUA RESIDENCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO

232	SELIGOFRENIA (?)	24/06/1942	NÃO CONSTA	M	27	BRASILEIRA	LAGUNA	BRANCA	EDITE ULISSÉA LEBARBENCHON
282	EPILEPSIA	10/11/1942	31/03/1944 ÓBITO	F	48	BRASILEIRA	SUA RESIDENCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
268	ENCEFALOPATIA INFANTIL	20/10/1942	31/03/1948	M	6	NADA CONSTA	HOSPITAL DE BLUMENAU	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
261	EPILEPSIA	10/10/1942 - 09/01/1945	15/02/1943 - 02/01/1949	F	37	BRASILEIRA	LAGES	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
233	PSICOTICO MANIACO DEPRESSIVO	03/07/1942; 20/11/1942	19/08/1942; 20/11/1942	F	45	BRASILEIRA	HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
263	ESQUIZOFRENIA	19/10/1942	04/01/1952 FUGA	M	22	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
269	ESNCEFALOPATIA INFANTIL	31/10/1942	22/06/1946 ÓBITO	M	17	BRASILEIRA	NADA CONSTA	BRANCA	NADA CONSTA
271	NADA CONSTA	04/11/1942	NADA CONSTA	M	30	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
277	EPILEPSIA	07/11/1942; 04/02/1948	07/02/1949	M	40	BRASILEIRA	SUA RESIDENCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
266	ESQUIZOFRENIA	25/10/1942	26/03/1945 ÓBITO	M	65	BRASILEIRA	TUBARÃO	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
279	PARALISIA GERAL	09/11/1942	17/09/1943 ÓBITO	M	21	BRASILEIRA	HOSPITAL DE CARIDADE	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
275	ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE	05/04/1942	02/07/1945; 03/01/1955	M	31	BRASILEIRA	CADEIA DE LAGUNA	BRANCA	OSCAR FORTUNATO DE SOUZA
264	ESQUIZOFRENIA	20/10/1942 - 12/01/1947	29/04/1944 - 03/07/1943	M	20	BRASILEIRA	HOSPITAL MILITAR DE FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
274	ESQUIZOFRENIA	05/11/1942	27/07/1947 ÓBITO	M	45	BRASILEIRA	CADEIA PÚBLICA DE ORLEANS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
259	ESQUIZOFRENIA	03/15/1942; 16/08/1963; 08/01/1964	19/08/1944; 15/12/1965	M	35	BRASILEIRA	LAGES	BRANCA	RODOVIARIO - LAGES - STA. CATARINA
166	esquizofrenia	13/02/1942	21/09/1946						
169	oligofrenia, esquizofrenia simples	13/02/1942	óbito: 17/07/1963						
170	esquizofrenia	13/02/1942	óbito: 03/11/1951						
181	paralisia geral progressiva	15/03/1942; 24/11/1942; 02/11/1943	22/09/1942; 18/10/1943; 10/07/1944						

174	esquizofrenia	20/02/1942; 24/07/1942; 03/12/1945; 07/12/1952	13/04/1942; 11/01/1950; 23/01/1953						
195	EPILEPSIA	02/04/1942	17/04/1954	M	17 ANOS	BRASILEIRA	CRUZEIRO	BRANCA	S. S. PÚBLICA
191	esquizofrenia	27/03/1942	10/11/1942						
183	esquizofrenia catatonica	18/03/1942	óbito: 23/07/1943						
173	paralisia geral	14/02/1942	óbito: 14/04/1942						
182	psicose devido a sífilis	16/03/1942	óbito: 14/06/1951						
171	nada consta	13/02/1942	18/10/1945						
184	oligofrenia	19/05/1942	08/01/1954						
165	esquizofrenia	13/02/1942	14/04/1952						
197	oligofrenia	14/04/1942	óbito: 27/12/1971						
167	esquizofrenia	13/02/1942	04/08/1951						
176	esquizofrenia	27/02/1942; -; 20/02/1961	20/11/1950; 25/11/1952; 22/10/1965						
196	esquizofrenia catatonica	13/04/1942	20/01/1952						
175	esquizofrenia	26/02/1942	óbito: 01/08/1953						
199	IX	20/04/1942	30/10/1944 óbito	F	17	BRASILEIRA	CADEIA - PALHOÇA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
185	personalidade psicopata, alcoolismo	19/03/1942	óbito: 27/02/1959						
164	esquizofrenia simples	13/02/1942	óbito: 09/11/1953						
168	esquizofrenia	13/02/1942	óbito: 29/10/1963						
192	paralisia geral	28/03/1942	28/08/1943						
194	PSICOSE MANÍACO DEPRESSIVA	31/03/1942	17/09/1942						
909	NADA CONSTA	11/02/1942 RETORNO 10/06/1947	25/02/1946 - 10/03/1947 - 10/06/1947	F	31	BRASILEIRA	NADA CONSTA	BRANCA	NADA CONSTA
906	NADA CONSTA	27/11/1942	28/01/1947 ÓBITO [SUICÍDIO]	M	42	BRASILEIRA	NADA CONSTA	BRANCA	NADA CONSTA

187	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	24/03/1942	01/07/1968	F	39	NADA CONSTA	BLUMENAU	BRANCA	NADA CONSTA
226	ESQUIZOFRENIA	28/05/1942	ÓBITO: 03/12/1961	M	NADA CONSTA	BRASILEIRA	CADEIA DE CHAPECÓ	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
203	ESQUIZOFRENIA	23/04/1942	02/09/1947	MASCULINO	32 ANOS	BRASILEIRO	TIMBÓ	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
204	IV	26/04/1942	03/01/1947	FEMININO	18 ANOS	BRASILEIRA	JOINVILLE	BRANCA	ELEUTERIO MAIA
227	OLIGOFRENIA	28/05/1942	ÓBITO: 23/08/1950	M	20	BRASILEIRA	SÃO JOAQUIM	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
217	ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA	20/05/1942	NÃO CONSTA	MASCULINO	28 ANOS	BRASILEIRO	TUBARÃO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
202	PSICOSE MANIACO DEPRESSIVA	23/04/1942	NÃO CONSTA	MASCULINO	46 ANOS	BRASILEIRO	BOM RETIRO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
201	ESQUIZOFRENIA	21/04/1942	27/04/1963	MASCULINO	24 ANOS	BRASILEIRO	RIO DO SUL	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
209	PERSONALIDADE PSICOPÁTICA	06/05/42; 25/11/49	23/12/43; 03/04/56	MASCULINO	45 ANOS	BRASILEIRO	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
189	OLIFRENIA	28/03/1942	ÓBITO: 13/05/1957	M	43	BRASILEIRA	CADEIA PÚBLICA DE SÃO JOSÉ	NADA CONSTA	GOVERNO DO ESTADO
224	ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE	02/05/1942	22/09/1956	M	41	BRASILEIRA	TUBARÃO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
222	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	11/05/1942	03/11/1942	M	47	BRASILEIRA	ITAJAÍ	BRANCA	DELEGACIA ORDEM POLÍTICA E RACIAL
216	ESQUIZOFRENIA	18/05/1942	02/06/1942	M	32	ALEMÃ	HAMÔNIA	NADA CONSTA	DELEGACIA ORDEM POLÍTICA E RACIAL
218	ESQUIZOFRENIA	20/05/1942	NÃO CONSTA	MASCULINO	50 ANOS	BRASILEIRO	FLORIANÓPOLIS	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
215	ESQUIZOFRENIA	18/04/1942	ÓBITO: 01/05/1962	M	28	BRASILEIRA	LAURINHAS, SC	BRANCA	EMÍLIA RITZMAN
213	OLIGOFRENIA	12/05/1942	ÓBITO: 21/05/1946	M	39	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
205	ENCEFALOPATIA INFANTIL	20/04/1942	NADA CONSTA	MASCULINO	10 ANOS	BRASILEIRO	SÃO FRANCISCO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
210	ENCEFALOPATIA INFANTIL	08/05/1942	07/10/1943	MASCULINO	19 ANOS	BRASILEIRO	PALHOÇA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
200	ILEGÍVEL	21/04/1942	18/05/1943	FEMININO	69 ANOS	BRASILEIRA	LAGES	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
223	IV	26/05/1942	ÓBITO: 07/06/1948	F	20	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
211	NEUROSE ANCIOSA	11/05/1942	13/10/1963	F	48	BRASILEIRA	TUBARÃO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
221	IV	23/05/42; 23/06/54	15/04/1947	FEMININO	29 ANOS	BRASILEIRA	TUBARÃO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
206	OLIGOFRENIA	30/04/42; 04/10/55	31/07/1955	FEMININO	31 ANOS	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO

186	NADA CONSTA	21/03/1942; 01/07/1956	21/08/1948; ÓBITO: 27/06/1948	F	43	ALEMÃ	CRUZEIRO	NADA CONSTA	GOVERNO DO ESTADO
225	P.M.D.	16/02/1942	ÓBITO: 10/06/1965	M	49	BRASILEIRA	CADEIA DE CHAPECÓ	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
212	ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA	11/05/1942	22/08/1951	MASCULINO	30 ANOS	BRASILEIRO	RIO DO SUL	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
208	EPILEPSIA	06/05/1942	NÃO CONSTA	MASCULINO	36 ANOS	BRASILEIRA	BOM RETIRO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
220	IV	23/05/1942	NÃO CONSTA	FEMININO	28 ANOS	BRASILEIRA	TUBARÃO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
62	OLIGOFRENIA/ DEBIL MENTAL	06/01/1942	NADA CONSTA	F	17	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
17	PSICOSE MANÍACO DEPRESSIVA	04/01/1942	24/02/1963	F	NADA CONSTA	NADA CONSTA	ESTREITO	NADA CONSTA	NADA CONSTA
19	OLIGOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 29/10/1968	M	17	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
24	ESQUIZOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 17/11/1967	M	37	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
11	ESQUIZOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 12/04/1959	M	53	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
26	ESQUIZOFRENIA/ PSICOSES MISTAS E ASSORIADAS?	04/01/1942	ÓBITO: 17/04/1953	M	30	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
25	OLIGOFRENIA	04/02/1942	01/05/1942	M	25	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
14	EPILEPSIA	04/02/1942	ÓBITO: 11/09/1962	M	34	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	PEDRO JORERD
16	PSICOSE ARTERIOESCLEROSE	04/02/1942	ÓBITO: 21/09/1947	M	65	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	PARDA	NADA CONSTA
08	ESQUIZOFRENIA	04/02/1942	10/07/1946	M	51	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
29	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	01/02/1948	M	58	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	NADA CONSTA	CORONEL BECHIORIO JOSÉ OLIVEIRA RAMOS
09	DELÍRIO ALCOOLICO	04/02/1942	ÓBITO: 27/02/1942	M	34	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
23	ESQUIZOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 15/11/1955	M	49	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
12	DEMECIA SENIL ALCOOLICA	04/02/1942	ÓBITO: 12/08/1947	M	61	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
18	OLIGOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 28/02/1963	M	43	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
28	ESQUIZOFRENIA	04/01/1942	ÓBITO: 06/05/1961	M	51	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
15	P.M.D.; FORMA MANÍACA	04/02/1942	ÓBITO: 07/10/1961	M	37	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	JOÃO LAURA
10	FORMAS MANÍACAS	04/02/1942	ÓBITO: 10/10/1949	M	56	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	PRETA	GOVERNO DO ESTADO

60	ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE	06/02/1042	ÓBITO: 11/07/1856	F	35	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
61	ESQUIZOFRENIA PROFUNDA	06/02/1942	24/04/1946	F	59	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
21	ESQUIZOFRENIA	04/02/1942	ÓBITO: 18/08/1963	M	23	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
06	ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA	04/01/1942	NADA CONSTA	MASCULINO	28 ANOS	BRASILEIRA	HOSPICIO DE BRUSQUE	NADA CONSTA	GOVERNO DO ESTADO
05	ESQUIZOFRENIA	04/01/42; 25/04/42	10/04/42;	MASCULINO	29 ANOS	BRASILEIRO	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
55	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	06/01/1942 - 24/10/1957	21/08/1956 - 17/10/1972	F	37	NADA CONSTA	CRICIÚMA	BRANCA	JÚLIO GAIDZINSKI
56	PERSONALIDADE PSICOPÁTICA	06/01/1942	02/12/1965	F	NADA CONSTA	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
49	P.M.D. MELANCÓLICA	05/01/1942	29/05/1957	F	31	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
41	ESQUIZOFRENIA	0/01/1942	26/02/1962 ÓBITO	M	23	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
39	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	17/06/1950 ÓBITO	M	63	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
58	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	27/01/1955 ÓBITO	F	62	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
43	EPILEPSIA	04/01/1942 - 23/10/1945	30/05/1945 - 22/04/1948	M	29	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
44	P.M.D.	05/01/1942	25/09/1957 ÓBITO	M	50	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
59	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	13/10/1968	F	NADA CONSTA	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	NADA CONSTA
48	P.M.D.	05/01/1942	12/11/1945	F	41	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
51	EPILEPSIA	06/01/1942	31/12/1944	F	34	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	RAMON SERNIO MÜLLER
52	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	06/01/1942	10/08/1972	F	45	NADA CONSTA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
53	IV	06/01/1942	17/05/1948	F	55	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	FRANCISCO BRÜGGMANN
57	NADA CONSTA	06/01/1942	16/07/1970	F	31	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
50	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	NADA CONSTA	F	31	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO

40	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942 - 22/02/1964	04/12/1942	M	33	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
81	ESQUIZOFRENIA	06/01/1942; 05/12/1947	22/10/1947; 31/07/1948	F	36	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
96	OLIGOFRENIA	06/02/1942	09/06/1942	F	26	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
31	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	ÓBITO: 24/06/1961	M	36	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
63	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	06/02/1942	ÓBITO: 17/06/1952	F	36	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
64	P.M.D.	06/01/1942	ÓBITO: 07/11/1970	F	NADA CONSTA	NADA CONSTA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
36	SINDROME AMINÉSTICA	04/01/1942; 27/03/1962; 01/03/1966	02/03/1942; 26/03/1962; 24/07/1966	M	38	BRASILEIRO	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
79	ESQUIZOFRENIA CATATONICA	06/01/1942	ÓBITO: 23/04/1957	F	31	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
99	SENSIBILIDADE MENTAL	06/01/1942	31/12/1943	F	27	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
66	NÃO CONSTA	06/01/1942	ÓBITO: 02/05/1973	F	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NÃO CONSTA	NADA CONSTA
30	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	10/11/1972	M	31	BRASILEIRO	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
33	EPISLEPSIA	05/01/1942	ÓBITO: 28/12/1962	M	49	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
80	ESQUIZOFRENIA	06/01/1942	ÓBITO: 29/07/1946	F	41	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
74	OLIGOFRENIA IMBECILIDADE	06/01/1942; 31/08/1948; 20/03/1970; 22/12/1971	08/06/1948; 02/01/1970; 04 /(NÃO CONSTA O MÊS) /1971; 18/09/1972	F	23	NÃO CONSTA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
70	EPILEPSIA POR (ILEGÍVEL) CEREBRAL	06/01/1942	07/07/1945	F	51	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
71	ESQUIZOFRENIA POR (ILEGÍVEL) CEREBRAL	06/01/1942	07/07/1945	F	51	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
38	ESQUIZOFRENIA	04/01/1942	ÓBITO: 11/02/1963	M	55	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
34	(ILEGÍVEL) INFANTIL, OLIGOFRENIA	05/01/1942	ÓBITO: 31/04/1950	M	17	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
35	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	ÓBITO: 31/12/1961	M	38	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO

32	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	ÓBITO: 18/01/1972	M	38	BRASILEIRA	ASILO DE AZAMBUJA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
68	PSICÓSE MISTA E (ILEGÍVEL)	06/01/1942	ÓBITO: 29/04/1955	F	33	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
98	ESQUIZOFRENIA	06/01/1942	ÓBITO: 27/08/1944	F	17	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
73	PSICOSE MISTA E ASSOCIADA	06/01/1942	NÃO CONSTA	F	38	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
77	ESQUIZOFRENIA PARANÓICA	06/01/1942	ÓBITO: 21/07/1943	F	40	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
76	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	06/01/1942	NÃO CONSTA	F	32	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
67	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	06/01/1942	ÓBITO: 01/04/1955	F	39	BRASILEIRA	HOSPÍCIO DE BRUSQUE	BRANCA	PENSÃO VITALICIA
37	ESQUIZOFRENIA	05/01/1942	ÓBITO: 15/04/1947	M	44	BRASILEIRA	A. A. - FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
242	PERSONALIDADE PSICOPÁTICA	05/08/1942	14/04/1958	M	33	FRANCESA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	ALFREDO LHEREUX SAGRERIA
251	TAHES ????	09/10/1942	10/11/1944 ÓBITO	M	47	BRASILEIRA	ARIRIU - PALHOÇA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
234	DEMÊNCIA SENIL	10/07/1942	11/07/1943 ÓBITO	F	53	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
238	PSICONEUROSE	17/07/1942	23/12/1942	M	45	BRASILEIRA	CASA DE SAÚDE S. SEBASTIÃO-FL	BRANCA	JANDIRA S. SIBISSA
231	TEMPERAMENTO EPILÉTICO	23/06/1942	01/09/1971	F	NADA CONSTA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	BRANCA	NADA CONSTA
255	EPILEPSIA	19/09/1942	08/08/1950	F	19	BRASILEIRA	PORTO BELO	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
247	PSICOSE ARTERIO???????	27/08/1942 - 15/06/1943	17/04/1947 - SEM DATA	F	64	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
243	ESQUIZOFRENIA ??????	09/08/1942	10/10/1942	F	54	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
229	ILEGÍVEL	06/06/1942	19/05/1948 ÓBITO	F	72	BRASILEIRA	HOSPITAL FPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
236	PARANOIA?	14/07/1942	15/05/1944	M	50	ALEMÃ/NATURALIZADO BRA	SÃO JOSÉ	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
235	ESQUIZOFRENIA (SIMPLES) PARANÓIDE	14/07/1942	31/01/1969	F	49	BRASILEIRA	RUA AMAZONAS, BLUMENAU	BRANCA	NADA CONSTA
248	ESQUIZOFRENIA	01/09/1942	10/10/1945 ÓBITO	M	37	BRASILEIRA	CADEIA PÚBLICA	PARDA	GOVERNO DO ESTADO

240	ESQUIZOFRENIA	07/06/1942 - 04/09/1947 - 13/08/1948	21/08/1945 - 10/08/1948	M	19	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
254	ALCOOLISMO - PERSONALIDADE PSICOPÁTICA	14/09/1942	23/12/1968	M	31	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
230	PSICONEUROSE	12/02/1942	27/08/1942	F	16	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
244	ESQUIZOFRENIA SIMPLES	17/08/1942 - 06/01/1958	09/01/1958 - 25/07/1973	F	51	NADA CONSTA	NADA CONSTA (FLORIANÓPOLIS)	BRANCA	IVAN VIGNES
249	ESQUIZOFRENIA	03/09/1942	28/03/1944	F	64	BRASILEIRA	INDAIAL	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
246	PSICOSE MANÍACO DEPRESSIVA	25/08/1942	22/05/1948 ÓBITO	F	39	BRASILEIRA	BRUSQUE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
245	NÃO ?ALIENADO	22/08/1942	28/09/1942 (TRMINADA OBSERVAÇÃO	M	45	BRASILEIRA	CADEIA PÚBLICA DE LAGUNA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
237	EPILEPSIA	16/07/1942	ÓBITO: 30/10/1942	F	23	BRASILEIRA	LAGES	PRETA	GOVERNO DO ESTADO
239	EPILEPSIA	21/07/1942	NADA CONSTA	F	28	BRASILEIRA	SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
241	PSICOSE MANÍACO DEPRESSIVA	27/06/1942	27/07/1943 ÓBITO	M	45	BRASILEIRA	SÃO JOSÉ	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
252	CONFUSÃO MENTAL	10/09/1942	18/09/1942 ÓBITO	F	60	BRASILEIRA	GAROPABA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
250	OLIGOFRENIA	04/09/1942	ÓBITO: 25/01/1974	M	30	BRASILEIRA	TIJUCAS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
851	ESQUIZOFRENIA	13/10/1942	ÓBITO: 15/03/1950						
416	ESQUIZOFRENIA	03/12/1942	ÓBITO: 16/12/1950						
298	ESQUIZOFRENIA	24/11/1942	27/04/1960	M	30	BRASILEIRA	IMARUÍ	BRANCA	ELISABETH EFFTING
300	PSICOSE ARTERIOESCLEROSE	26/11/1942	01/09/1943	M	47	BRASILEIRA	CADEIA PÚBLICA DE JARAGUÁ	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
304	NADA CONSTA	01/12/1942	10/06/1944	M	21	BRASILEIRA	HOSPITAL DE CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
301	ILEGÍVEL	30/11/1942; 30/07/1947	NADA CONSTA	F	57	BRASILEIRA	DA SUA CASA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
163	EPILEPSIA	14/11/1942	27/04/1944 ÓBITO	M	NADA CONSTA	NADA CONSTA	NADA CONSTA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
288	NADA CONSTA	14/11/142	05/09/1955	M	NADA CONSTA	NADA CONSTA	JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO

292	ESQUIZOFRENIA PANOFRENICA (?)	12/11/1942	20/10/1951 ÓBITO	F	22	BRASILEIRA	PALMITAL - SC	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
303	PARALISIA GERAL	01/12/1942	03/12/1942	M	37	BRASILEIRA	HOSPITAL DA CARIDADE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
293	EPILEPSIA	14/11/1942	20/11/1951	F	26	BRASILEIRA	DE SUA RESIDÊNCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
307	NADA CONSTA	07/12/1942; 08/02/1951	11/11/1949	M	51	BRASILEIRA	ILEGÍVEL	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
287	EPILEPSIA	14/11/1942	22/04/1946	M	NADA CONSTA	NADA CONSTA	JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
285	NADA CONSTA	12/11/1942	27/03/1946	F	43	BRASILEIRA	SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DE FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
305	ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA	02/12/1942	02/06/1944	F	77	BRASILEIRA	DO ASILO DE FLORIANÓPOLIS	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
291	ESQUIZOFRENIA	14/11/1942	18/12/1946 ALTA EXP.	M	24	BRASILEIRA	SUA RESIDENCIA	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
309	(ILEGÍVEL) PSICOPATIA	27/12/1942; 13/11/1956	24/03/1943; 07/03/1963	M	25	BRASILEIRA	FORÇA POLICIAL	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
295	ESQUIZOFRENIA	18/11/1942	25/09/1943	M	33	BRASILEIRA	FLORIANÓPOLIS	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
306	ESQUIZOFRENIA	03/12/1942	05/07/1967	F	NADA CONSTA	BRASILEIRA	CADEIA DE PALHOÇA	PRETA	NADA CONSTA
284	ESQUIZOFRENIA	14/11/1942	06/03/1944 FUGA	M	28/01/1900	BRASILEIRA	LAGES	PARDA	GOVERNO DO ESTADO
289	P.M.D.	14/11/1942	16/07/1951	M	65	BRASILEIRA	BANANAL	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
286	ESQUIZOFRENIA	14/11/1942	14/11/1942	M	26	ALEMÃ	JOINVILLE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO
290	EPILEPSIA	14/11/1942	21/06/1943	M	17	BRASILEIRA	HOSPITAL DE JOINVILE	BRANCA	GOVERNO DO ESTADO