



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ANA MARIA ESPÍNDOLA KOERICH

**HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA:
REMINISCÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM (1951 - 1971)**

K78h Koerich, Ana Maria Espíndola
Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem
(1951- 1971) / Ana Maria Espíndola Koerich, orientador Miriam Süsskind
Borenstein. – Florianópolis, 2008.
107 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro
de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Opção
Filosofia, Saúde e Sociedade.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem - trabalhadores. 2. Enfermagem - Santa Catarina - Historia.
3. Hospital Colônia Sant'Ana-São José (SC). I. Borenstein, Miriam Süsskind.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título. CDU 616-083(816.4)

Catálogo na fonte por: Vera Ingrid Hobold Sovernigo CRB-14/009

ANA MARIA ESPÍNDOLA KOERICH

**HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA:
REMINISCÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM (1951 - 1971)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

ANA MARIA ESPÍNDOLA KOERICH

**HOSPITAL COLÔNIA SANTANA: REMINISCÊNCIAS DOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM (1951-1971)**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:


MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

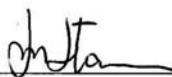


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Presidente



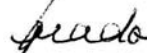
Dra. Mariestela Stamm
Membro



Dra. Maria Itayra Padilha
Membro



Dra. Gladys Brodersen
Membro Suplente



Dra. Marta Lenise do Prado
Membro Suplente

Dedicatória

A minha mãe Jucely e ao meu pai Antonio (in memorian)
Ao meu esposo Renato
Aos meus filhos, Fabio e Vinicius
Aos aposentados, razão deste trabalho. Sem vocês nada seria possível...

AGRADECIMENTOS

Nos agradecimentos recorro às pessoas que fazem parte da minha memória, presentes e ausentes na minha vida, com suas histórias e ensinamentos, que direta ou indiretamente foram indispensáveis para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado acompanhando e guiando meu caminho

Ao Renato, esposo e companheiro, pela compreensão nas minhas ausências e pelo apoio em todos os momentos. A ele “uma página de agradecimentos” não seria suficiente. Te amo!

Aos meus filhos amados para que este trabalho sirva de exemplo na caminhada que iniciam. Amo vocês.

A minha orientadora Dra Miriam S. Borenstein, que me “adotou” e me oportunizou esta maravilhosa experiência. Agradeço-lhe pela confiança que depositou em mim, pelo incentivo durante a realização deste trabalho, pelas inegáveis contribuições e críticas pontuais.

Aos membros da banca examinadora, Dra. Miriam S. Borenstein, Dr^a. M^a Itayra Padilha, Dr^a. Mariestela Stamm e DDa. Eliani Costa, que com competência e sabedoria fizeram valiosas contribuições para a concretização desta pesquisa.

A amiga Eliani Costa que me levou para o GEHCES, me estimulou a voltar para a academia, compartilhou comigo conquistas, decepções, dificuldades, alegrias, me orientou e torceu por mim.

Aos docentes do programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela dedicação com que compartilharam seus saberes.

Aos funcionários do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e em especial à Claudia Crespi Garcia, pela disponibilidade e atenção em resolver as questões acadêmicas.

Aos colegas de mestrado, pela convivência construtiva que tivemos, pelo carinho e companheirismo.

Aos membros do GEHCES, pela amizade e ajuda mútua.

Aos enfermeiros do IPq/SC, pela consideração, apoio e compreensão inclusive nas trocas de plantão.

A gerente de enfermagem Vera Lúcia Deomário do IP/SC pela compreensão, apoio e liberação nas horas necessárias.

Aos funcionários do RH do IPq/SC, pela gentileza em prestar informações indispensáveis para esta pesquisa

As minhas primas Myriam e Jaque, pelo auxílio na transcrição das entrevistas, pela cumplicidade e amizade.

Ao Daniel Pereira Xavier de Mendonça pela competência e dedicação na revisão de português.

A Vera Ingrid Hobold Sovernigo, bibliotecária, pela formatação das referências, além do apoio na fase de acabamento do trabalho.

KOERICH, Ana Maria Espíndola. **Hospital Colônia Sant'ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951 a 1971)**. 2008, 107 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

Orientador: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica, cujo objetivo geral foi historicizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) de São José/Santa Catarina, no período de 1951 a 1971, através de suas reminiscências. O marco inicial (1951), teve por base os dez anos de existência da instituição e os fatos científicos, políticos, econômicos e sociais que contribuíram para o aumento da demanda de pacientes psiquiátricos à instituição. O marco final (1971), foi delimitado com base na mudança administrativa do Hospital, que passou a ser administrado pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) e a conseqüente entrada do primeiro enfermeiro, significando a passagem da enfermagem laica para a profissional. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis trabalhadores aposentados que exerceram suas atividades na enfermagem do HCS, no período historicizado, utilizando-se do método de História Oral (H.O). Foram ainda utilizadas outras fontes documentais como: atas, relatórios, prontuários, fotografias, dissertações, teses, entre outros. A memória foi utilizada como Referencial Teórico, servindo de eixo norteador para a realização da pesquisa. O estudo respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, recomendadas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, com o Parecer nº 182/08. Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se da análise de conteúdo temática, preconizados por Bardin (2004) e Minayo (2004), do quais surgiram seis categorias: 1. Os aspectos relativos ao cenário da instituição; 2. A política clientelista; 3. A utilização da loucura como fonte de lucro e trabalho; 4. Os saberes e fazeres dos trabalhadores; 5. As relações que se estabeleceram entre os profissionais, e finalmente, 6. Os fatos que determinaram a passagem da enfermagem laica para a profissional. A pesquisa proporcionou historicizar as vivências dos trabalhadores de enfermagem no período estudado, os seus sentimentos e emoções, bem como, compreender os diversos aspectos do processo de trabalho individual e coletivo destes trabalhadores de enfermagem. Foi possível ainda, desvelar como se caracterizou a enfermagem laica de um hospital colônia, e como se deu a construção dos saberes e fazeres profissionais da época. Os relatos dos entrevistados foram carregados de emoções, e se constituíram em importantes fontes documentais para acervo e conhecimento da enfermagem catarinense e brasileira.

Palavras-chave: Enfermagem, Enfermagem Psiquiátrica,. História. Hospital Psiquiátrico, Santa Catarina.

KOERICH, Ana Maria Espíndola. **Colônia Sant'ana Hospital: nursing worker reminiscences (1951 to 1971)**. 2008, 107 p. Thesis (Master's in Philosophy, Health, and Society) Nursing Graduate Program / Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2008.

ABSTRACT

This is a qualitative study with a social-historic approach, whose overall objective was to historicize the day-to-day working experience of nursing workers in the Colônia Sant'Ana Hospital in São José, Santa Catarina, Brazil from 1951 to 1971, narrating their reminiscences. The initial date (1951) was based upon the then ten-year existence of the institution and the scientific, political, economic, and social facts which contributed to an increased psychiatric demand from the institution. The end date (1971) was outlined based upon the administrative change in the hospital. From then on, the hospital was managed by the Santa Catarina Hospital Foundation (*Fundação Hospitalar de Santa Catarina*) and the consequent entrance of the first registered nurse, signifying an official passage from the laic nurse to the professional nurse. The data was collected through semi-structured interviews with six retired workers who exercised their nursing activities in the HCS during the period studied, via the method of Oral History (H.O.). Other documental sources were used as well, such as: acts, reports, patient charts, photographs, theses, dissertations, and others. Memory was used as a Theoretical Reference, serving as a guide for completing the study. This study respected the Regulating Directives and Norms for Research involving Humans recommended by Brazilian Resolution nº 196/96. It was also approved by the Ethics in Research Committee at UFSC, under authorization nº 182/08. Thematic content analysis was used to analyze and interpret the data, as outlined by Bardin (2004) and Minayo (2004). Six categories arose: 1. The aspects related to the institutional scenario; 2. Client policies; 3. The utilization of madness as a source of profit and work; 4. Workers' knowledge and tasks; 5. The relationships established among professionals, and finally, 6. The facts which determined the passage of nursing from laic to professional. This study made it possible to historicize the living experience, the feelings, and emotions of the nursing workers during the period examined, as well as to better comprehend the diverse aspects of the individual and collective work processes of these nursing workers. It also made it possible to perceive how laic nursing was characterized in a Colonial Hospital, as well as how professional and personal knowledge and tasks was constructed during those times. The research subjects' reports were heavily emotional, and were constituted in important documental sources for state and national nursing records keeping and knowledge.

Keywords: Nursing. History. Psychiatric Nursing. History. Psychiatric Hospital. Santa Catarina.

KOERICH, Ana Maria Espíndola. **Hospital Colônia Sant'ana: reminiscencias de los trabajadores de enfermería (1951 a 1971).** 2008, 107 p. Dissertação (Maestria en Filosofía, Salud y Sociedad) Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa con abordaje socio-histórica, cuyo objetivo general fue historiar el cotidiano de los trabajadores de enfermería en el Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) de São José/Santa Catarina, en el período de 1951 a 1971, a través de sus reminiscencias. El marco inicial (1951), tuvo como base los diez años de existencia de la institución y los hechos científicos, políticos, económicos y sociales que contribuyeron para el aumento de la demanda de pacientes psiquiátricos a la institución. El marco final (1971), fue delimitado con base en la mudanza administrativa del Hospital, que paso a ser administrado por la Fundación Hospitalaria de Santa Catarina (FHSC) y la consecuente entrada del primer enfermero, significando el pasaje de la enfermería laica para la profesional. Para la recolección de información fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con seis trabajadores jubilados que ejercieron sus actividades en la enfermería del HCS, en el período historiado, utilizando el método de Historia Oral (H.O). Fueron además utilizadas otras fuentes documentales como: actas, informes, historias clínicas, fotografías, disertaciones, tesis, entre otros. La memoria fue utilizada como Referencial Teórico, sirviendo de eje norteador para la realización de la investigación. El estudio respetó las Directrices y Normas Reglamentarias de la Investigación con Seres Humanos, recomendadas por la Resolución nº 196/96 del Consejo Nacional de Salud, y fue aprobada pelo Comité de Ética en Investigación de la UFSC, con el Parecer nº 182/08. Para análisis e interpretación de los datos, se utilizó el análisis de contenido temático, preconizados por Bardin (2004) y Minayo (2004), de lo cual surgieron seis categorías: 1. Los aspectos relativos al escenario de la institución; 2. La política clientelista; 3. La utilización de la locura como fuente de lucro y trabajo; 4. Los saberes y el hacer de los trabajadores; 5. Las relaciones que se establecieron entre los profesionales, y finalmente, 6. Los hechos que determinaron el paso de la enfermería laica para a profesional. La investigación permitió historiar las vivencias de los trabajadores de enfermería no período estudiado, sus sentimientos y emociones, así como, comprender los diversos aspectos del proceso de trabajo individual y colectivo de estos trabajadores de Enfermería. Fue posible además, develar como se caracterizó la enfermería laica de un hospital psiquiátrico, y como se dio la construcción de los saberes y hacer profesionales de la época. Los relatos de los entrevistados fueron cargados de emociones, y se constituyeron en importantes fuentes documentales para el acervo y conocimiento de la Enfermería catarinense y brasileira. .

Palabras-clave: Enfermería, Enfermería Psiquiátrica, Historia. Hospital Psiquiátrico, Santa Catarina.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista parcial do HCS em 1945	48
Figura 2: Vista parcial da capela do HCS em 1949.....	48
Figura 3: Inauguração do HCS em 1941.....	49
Figura 4: Jornal A GAZETA de 1941.....	49
Figura 5: Área externa de pavilhões (enfermarias) do HCS em 1941.....	50
Figura 6: Entrada principal do HCS em 1941.....	52
Figura 7: Sombrinha masculina do HCS em 1965.	53
Figura 8: Refeitório dos funcionários do HCS em 1941.	53
Figura 9: Enfermaria com beliches no HCS em 1969.	54
Figura 10: Casa do diretor, administrador, religiosas, moças e trabalhadores do HCS em 1942.	56
Figura 11: Vigilantes do HCS em 1962.	59
Figura 12: Irmãs da Divina Providência e trabalhadores do HCS em 1958.	65
Figura 13: Aparelho de eletroconvulsoterapia do HCS em 1950.....	67
Figura 14: Banheiras do HCS em 1955.....	74
Figura 15: Enfermeiros, guardas e vigilantes do HCS em 1941.....	77

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	09
1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA: UMA BREVE HISTÓRIA SOBRE A PSIQUIATRIA E A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA.....	19
2.1 A PSIQUIATRIA NO MUNDO	19
2.2 A PSIQUIATRIA NO BRASIL	20
2.3 A PSIQUIATRIA EM SANTA CATARINA NO SÉCULO XX	21
2.4 A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA DE 1951 A 1971	26
3 MARCO DE REFERÊNCIA: MEMÓRIA	31
3.1 CONCEITOS DE MEMÓRIA	32
3.2 MEMÓRIA E HISTÓRIA	34
4 METODOLOGIA	38
4.1 A PESQUISA HISTÓRICA	38
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA.....	38
4.3 LOCAL DA PESQUISA	40
4.4 COLETA DE DADOS	41
4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: A HISTÓRIA ORAL.....	41
4.5.1 A entrevista.....	43
4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	45
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
5 REMINISCÊNCIAS DA ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA	47
5.1 O CENÁRIO	47
5.2 A POLÍTICA CLIENTELISTA.....	56
5.3 A LOUCURA COMO FONTE DE LUCRO E TRABALHO	62
5.4 OS SABERES E FAZERES DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	64
5.4.1 O ingresso e aprendizado dos trabalhadores de enfermagem	65
5.4.2 As atividades dos trabalhadores de enfermagem.....	69
5.5 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	76
5.6 AS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS	81
5.7 A PASSAGEM DA ENFERMAGEM LAICA PARA A PROFISSIONAL	84
6 REFLEXÕES SOBRE O VIVIDO	88
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	100
ANEXOS.....	104

1 INTRODUÇÃO

Foucault (2004), em sua obra intitulada *A história da loucura na Idade Clássica*, trata profundamente da concepção da história e do discurso sobre a loucura. Faz uma forte crítica à forma como a sociedade ocidental do século XIX, até meados do século XX, se relacionou com a insanidade. O autor contesta o internamento como a única solução encontrada para a sociedade lidar com a loucura e, ainda, o domínio exercido pelas concepções médicas em seu tratamento. Refere que ao final da Idade Média, por volta do século XV, com o desaparecimento da lepra, a loucura passou a ser confinada. Assim, aquele vazio deixado pelos leprosos foi ocupado pelos loucos.

Entre os séculos XV e XVIII os países europeus passaram por profundas transformações sociais, econômicas e políticas, com significativas repercussões no cotidiano individual e coletivo, bem como nas relações estabelecidas entre os membros das cidades. A loucura passou a ser objeto de intervenção da medicina. (FOUCAULT, 2004).

Philippe Pinel (1745-1826), médico francês, foi considerado pai da psiquiatria, por ter sido responsável pela organização do primeiro hospital psiquiátrico moderno e do primeiro livro de psiquiatria dos tempos atuais. Foi indicado para reformar o Hospital Bicetrê de Paris, onde teria realizado o feito histórico de desacorrentar os alienados, iniciando as transformações dentro da psiquiatria, fazendo dos albergues filantrópicos instituições médicas com a estratégia de isolamento, organização do espaço asilar e constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. (AMARANTE, 2003).

Esse modelo instituído por Pinel reproduziu-se em toda a Europa, assim como no Brasil, após trezentos anos de seu descobrimento. No início do século XIX, em 1808, a vinda da Família Real para o Brasil impulsionou o desenvolvimento científico, principalmente da medicina. O país apresentava necessidades urgentes de mudanças estruturais para equipar as cidades, controlar a natureza, sanear o meio ambiente e controlar as epidemias. (GEOVANINI et al., 2005).

Nesse contexto, surge o Hospital Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil. Essa foi a primeira instituição oficialmente criada no país para abrigar e tratar o doente mental. Foi construída com a mesma

concepção de enclausuramento do louco e afastamento dos “diferentes” da sociedade, de acordo com modelo de Pinel. (DESVIAT, 1999).

Na primeira metade do século XX, esse modelo também se multiplicou em vários Estados brasileiros. Em Santa Catarina, o Hospital Colônia Sant’Ana (HCS)¹ foi inaugurado em 1941, seguindo a política eugenista² do governo de Getúlio Vargas³ e na perspectiva de que sua construção iria “resolver o problema da loucura no Estado”. (MELO, 2004, p. 23).

Desde então, o HCS, por mais de meio século, assumiu integralmente a assistência psiquiátrica no Estado. Essa realidade começou a se modificar somente na metade dos anos 90, em razão dos reflexos da nova política de saúde mental, advinda do movimento da Reforma Psiquiátrica no país.

Muito se tem escrito sobre a história da psiquiatria no mundo, no Brasil e em Santa Catarina. Em nível nacional, destacam-se autores como Kirschbaum (1997), Resende (2001), Amarante (2003), Costa (2007), que narraram a história da psiquiatria, a criação dos manicômios e a evolução da assistência psiquiátrica em vários Estados.

No contexto catarinense, a história tem sido documentada por pesquisadores vinculados a instituições de saúde e universidades. Ao conhecer algumas dessas obras, pude perceber o quanto a história do HCS se assemelha à das demais instituições psiquiátricas brasileiras.

Percebi que, embora os profissionais tenham sido inseridos na assistência psiquiátrica com certas semelhanças, possuem especificidades em cada uma das instituições. Foram essas leituras e outras informações oficiais e não-oficiais que afloraram vários questionamentos e o meu desejo de conhecer o contexto histórico

¹ Nos arquivos da instituição foram encontrados documentos com o nome do hospital escrito de duas formas: *Santana* e *Sant’Ana*. Neste estudo a grafia adotada será *Sant’Ana*. (NOTA DA AUTORA).

² A questão do cuidado eugênico da raça brasileira foi introduzida no Brasil de início pelos intelectuais, e em seguida pelos médicos. *Eugenia* é um termo inventado pelo fisiologista Francis Galton (1822-1911), que a definiu como o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente. O tema é bastante controverso, particularmente após ter sido parte fundamental da ideologia de pureza racial nazista, a qual culminou no Holocausto. Em 1931 foi criado no Brasil o Comitê Central de Eugenismo, presidido por Renato Kehl e Belisário Penna. Propunha o fim da emigração de não-brancos. O movimento eugênico brasileiro é bastante heterogêneo, mas vale destacar sua atuação junto à saúde pública e ao saneamento, bem como à psiquiatria e à “higiene mental” ao longo das décadas de 1920 e 1930, o que permite verificar algumas das principais questões nas quais a questão urbana se relaciona com o pensamento eugênico. (COSTA, 2007, p. 49-50).

³ Getúlio Dornelles Vargas (19/4/1882 - 24/8/1954) foi o presidente que mais tempo governou o Brasil, durante dois mandatos, entre os anos de 1930 a 1945 e de 1951 a 1954.

do HCS, por um viés ainda não explorado.

Assim, surgiu a ideia de realizar uma pesquisa histórica tendo como sujeitos do estudo as pessoas que trabalharam na instituição após 10 anos de sua criação.

Após 12 anos de trabalho como enfermeira do Centro de Saúde do Bairro Colônia Santana, tive a opção de transferir meu vínculo para o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC), antigo HCS⁴, em fevereiro de 2005. Tendo o bairro Colônia Santana como local de moradia e de trabalho, naturalmente mantinha contato frequente com as pessoas que trabalhavam no HCS, assim como com outras que já haviam se aposentado e que também residiam naquela comunidade.

Conversar com os aposentados era o que mais me encantava. Estes exerceram a enfermagem numa época em que a atividade ainda não era profissionalizada, isto é, não era exigida nenhuma formação específica para sua prática. Eram trabalhadores⁵ de uma atividade complexa, porém sem formação prévia.

Os contatos casuais com essas pessoas proporcionavam conversas cujo tema era o trabalho que haviam desenvolvido na instituição. Estas deixavam transparecer a necessidade de narrar suas lembranças. Durante os diálogos, percebiam-se em seus semblantes expressões de alegria e tristeza à medida que relatavam os vínculos pessoais e profissionais estabelecidos, uns duradouros e outros que ficaram somente em suas lembranças. Situações deprimentes, curiosas e algumas até hilariantes. Quando falavam do passado, expressavam com a voz embargada de emoção, o sentimento de saudade, despertando nesta que os ouvia o desejo de narrar suas histórias.

A maioria dessas pessoas tinha pais, tios e primos que também já haviam trabalhado no HCS. Grande parte dos moradores da comunidade Colônia Santana trabalha ou já trabalhou no hospital, uma vez que alguns vieram para o bairro com essa finalidade. Essa foi a primeira de minhas curiosidades, mas outras foram surgindo. Passei a me questionar também: como e por que essas pessoas começaram a trabalhar na psiquiatria? Por que haviam procurado este emprego?

⁴ Em janeiro de 1995, o HCS passou por mudanças administrativas. Foi descredenciado pelo Ministério da Saúde por sete dias, surgindo em seu lugar o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC).

⁵ Trabalhador de enfermagem é compreendido neste estudo como os enfermeiros práticos, guardas e vigilantes. (NOTA DA AUTORA).

Qual era a formação e o perfil dessas pessoas? Por que foram trabalhar na enfermagem? Que práticas eram exercidas? Como eram as relações entre os trabalhadores que lá atuavam? Como se davam as relações entre os trabalhadores e os pacientes? Como se caracterizavam as condições da jornada de trabalho? Como era a realidade dos pacientes? Como esses trabalhadores percebiam os pacientes?

Também percebi nas conversas informais que essas pessoas que haviam trabalhado no antigo HCS não tiveram nenhuma formação específica para atuarem em enfermagem, muito menos em psiquiatria. Começaram a trabalhar no referido hospital ainda muito jovens, desconhecedores do processo saúde/doença e normalidade/insanidade.

Autores como Costa (2002, p. 140), quando se referem à formação dos trabalhadores de nível médio desse hospital, registram que:

boa parte dessas pessoas recebeu como herança e única opção, a possibilidade de trabalhar em psiquiatria. Vivem a longo tempo perto do hospital, numa comunidade que oferece poucas possibilidades de outros empregos, se acostumaram a conviver com a comunidade de pacientes, misturando um pouco da cultura hospitalar com a familiar. São filhos, irmãos, primos ou sobrinhos de trabalhadores que já trabalharam ou ainda trabalham no hospital e se acostumaram a fazer o que sempre foi feito acriticamente, sem pensar na possibilidade de “fazer diferente”.

À medida que me aprofundava nas questões relativas à história dos trabalhadores de enfermagem do antigo HCS, mais aguçava minha curiosidade. Por esse motivo, ao ser convidada a participar do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES)⁶ vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), resolvi ingressar no grupo com a finalidade de aprofundar meus conhecimentos.

Durante dois anos, participei das reuniões científicas do GEHCES e me integrei aos seus projetos de pesquisa. Em 2007, após o processo seletivo, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem (UFSC) apresentando como proposta um

⁶ O objetivo geral do GEHCES é desenvolver estudos que tratem da retrospectiva e perspectiva da enfermagem no cenário político, cultural, educacional, social nacional e internacional. As sub-linhas de pesquisa são: identidade profissional; práticas realizadas pelos profissionais; modos de organização da profissão; relações de poder que se estabeleceram entre os profissionais da enfermagem com os demais membros da equipe de saúde; Educação de enfermagem na perspectiva histórica. (PADILHA; BORENSTEIN, 2007).

projeto de pesquisa histórica sob o HCS: Memória dos trabalhadores de enfermagem, vinculado ao projeto “Enfermagem em Santa Catarina de 1940 a 2000, 60 anos de história⁷”.

Percebi na ocasião que minhas indagações poderiam se constituir em um tema original e relevante, pois pouco se sabe sobre a inserção e trajetória dos trabalhadores de enfermagem naquela instituição, bem como sobre as práticas realizadas no cotidiano do trabalho da enfermagem.

Assim, dando continuidade a este projeto e com o intuito de responder aos meus questionamentos, apresento como questão norteadora desta pesquisa: como era o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de 1951 a 1971, a partir de suas reminiscências?

O período escolhido como corte inicial para este estudo (1951) está fundamentado principalmente nos dez anos da existência do HCS, e nos fatos científicos, políticos, econômicos e sociais acontecidos paralelamente.

Vários documentos e estudos evidenciam a percepção dos profissionais de saúde mental da década de 50, que apontam para a ineficiência do modelo instituído.

Em um relatório encaminhado ao governo do Estado em 1951, o Dr. Antonio Santaella, diretor do HCS na época, destacava o crescente aumento do número de doentes mentais no Estado encaminhados para internação (SANTAELLA, 1951).

Serrano (1998, p. 11) refere que o “discurso psiquiátrico” a partir dos anos 50 defendia a internação psiquiátrica como o melhor recurso para o tratamento da doença mental. Essa concepção médica resultou, ao longo dos anos, num grande número de doentes para internarem, com a consequente superlotação e aumento do gasto hospitalar⁸.

Borenstein et al (2004, p. 76) relatam que, desde sua inauguração, o HCS apresentava-se superlotado: “demonstrando claramente a falência deste modelo na assistência psiquiátrica catarinense”.

De 1951 a 1971, a assistência em saúde mental em Santa Catarina se mantém nos moldes estabelecidos pela política nacional caracterizada, segundo Santos (1994, p. 89-90), “pelo modelo de gestão asilar da loucura, sustentada numa

⁷ Projeto coordenado pela professora Dra. Miriam Süsskind Borenstein e financiado pelo CNPq.

⁸ Em 1952, o HCS possuía o maior orçamento hospitalar de Santa Catarina. (SERRANO, 1998).

incipiente rede psiquiátrica, voltada para a reclusão dos diagnosticados como doentes mentais”. O autor ressalta que a internação psiquiátrica aumentou vertiginosamente no HCS, impulsionada principalmente pelo saber teórico adotado pela psiquiatria.

Inicialmente, o HCS pertencia ao Estado e era administrado pelas irmãs da Divina Providência⁹. Em 1971, passou a ser administrado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHCS)¹⁰.

Boa parte dos hospitais de Florianópolis e de alguns municípios catarinenses já era administrada pela então FHSC. Com essa nova administração, o HCS passou por uma reestruturação física e organizacional, contando a partir daí com as equipes multidisciplinares. Para constituírem essas equipes, vários profissionais foram contratados, entre eles o primeiro enfermeiro da instituição, em 1971. Iniciou-se assim a constituição da enfermagem nos moldes profissionais, fato que se constitui no marco final deste estudo.

Portanto, o corte histórico deste trabalho foi escolhido em razão destes dois marcos: o inicial – o ano de 1951, quando o HCS completa dez anos de existência, fato que foi acompanhado de outros eventos, os quais foram caracterizados principalmente pelo aumento da demanda psiquiátrica no HCS – e o final (1971), representado pela necessidade de reestruturação do hospital e pela posterior passagem de sua administração para a FHSC (o que culmina com a entrada do profissional enfermeiro na instituição). Esse fato provoca uma série de transformações na enfermagem, que até então era predominantemente laica, dando início à enfermagem profissionalizante de forma gradativa e irreversível.

Definido e contextualizado o período de corte deste estudo, apresento como objetivo geral da pesquisa: historicizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de 1951 a 1971, a partir de suas reminiscências¹¹.

Proponho como **objetivos específicos**: 1) identificar os motivos e a forma de inserção dos trabalhadores de enfermagem no HCS; 2) verificar quais eram as

⁹ Neste estudo as Irmãs da Divina Providência também eram chamadas de religiosas e freiras. (NOTA DA AUTORA).

¹⁰ A FHSC foi criada em 1965 e reformulada em 1970 através das leis nº. 3.765, de 15/11/1965, e nº. 4.547, de 31/12/1970, e o HCS teve sua incorporação concretizada em 24/05/1971. (TEIXEIRA, 1993).

¹¹ Do latim: *reminiscentia*. Aquilo que se conserva na memória; lembrança, memória, recordação. A faculdade da memória. Lembrança vaga. (FERREIRA, 2004).

práticas de enfermagem efetivamente realizadas no HCS; 3) desvelar o cotidiano protagonizado, lembrado e vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem no período de estudo.

Para a elaboração deste estudo foi feita pesquisa histórica utilizando-se a memória como referencial teórico e a história oral como técnica de coleta de dados.

A pesquisa histórica nos últimos anos vem assumindo renomado prestígio. Várias profissões têm buscado a construção de sua história na perspectiva de conhecer o passado, como uma maneira de entender seu presente e visualizar seu futuro. Os profissionais de enfermagem também vêm desenvolvendo um gradual interesse pelos aspectos históricos da profissão, fatos que têm incentivado as escolas de enfermagem e os grupos de pesquisas a se aperfeiçoar para responder à demanda. (BARREIRA, 1999).

A memória tem sido utilizada como recurso para a construção da história. Memória é tudo aquilo que é lembrado por uma pessoa ou sua capacidade de lembrança. Memória não é história; tampouco representa um depósito de tudo que nos aconteceu, e sim tudo que registramos em nossa mente. História é a narrativa que montamos a partir da memória, a construção do que lembramos. A memória é, por excelência, seletiva. Guardamos aquilo que, por um motivo ou por outro, tem – ou teve – algum significado em nossas vidas. Ela constitui o suporte fundamental da identidade individual e coletiva. (KESSEL, 2008, p.79).

Assim, percebendo a importância da memória para a construção deste estudo, busquei nas lembranças/reminiscências dos trabalhadores aposentados do HCS desvelar as ações de enfermagem desenvolvidas por estes, no período entre 1951 a 1971.

A intenção de realizar este estudo/pesquisa partiu da observação de que há poucos trabalhos sobre a história das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem no HCS que procuram identificar os motivos pelos quais essas pessoas passaram a trabalhar na enfermagem, bem como investigar como se deu a sua inserção, quais as práticas de enfermagem desenvolvidas e como eram exercidas.

No Brasil existem, no entanto, diversos trabalhos que abordam a história da enfermagem brasileira e a constituição da enfermagem psiquiátrica. Fraga (1993), em seu estudo, busca apreender as características da prática de enfermagem desempenhada por diversos agentes, suas concepções sobre saúde/doença mental no Estado de Ceará.

Borenstein et al (2004) desenvolveram pesquisa semelhante em Santa Catarina. Embora esses estudos sejam regionalizados, mostram aspectos gerais da assistência psiquiátrica que são comuns em vários Estados brasileiros.

Kirschbaum (1997) foca a relação existente entre o projeto psiquiátrico implementado no Brasil a partir do final do século XIX e as práticas de preparação do pessoal de enfermagem desenvolvidas em instituições psiquiátricas brasileiras entre os anos 20 e 50, utilizando a história oral como método de pesquisa.

Outros trabalhos merecem destaque, como os de Geovanini et al (2005), Porto e Amorim (2007), Oguisso et al (2007), por tratarem da história da enfermagem brasileira de modo geral. A leitura desses trabalhos e de outros acima mencionados foi imprescindível para compreender a história das práticas de saúde e da psiquiatria brasileira, bem como a importância da enfermagem nesse contexto.

A reflexão sobre essa lacuna no conhecimento da enfermagem, associada aos questionamentos e contextualização realizados, justifica o presente estudo. Este também pretende contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem, em particular da enfermagem psiquiátrica catarinense, constituir-se em fonte histórica para outros pesquisadores interessados na história da enfermagem psiquiátrica e, finalmente, colaborar para o acervo do GEHCES/UFSC e para a reflexão dos profissionais de saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA: UMA BREVE HISTÓRIA SOBRE A PSIQUIATRIA E A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

2.1 A PSIQUIATRIA NO MUNDO

Conforme já evidenciado, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Em geral caracterizavam-se por serem grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados "indesejáveis" à sociedade, como: leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Praticamente direcionavam-se à exclusão social da pobreza e de indesejáveis produzidos pelos regimes absolutistas da época.

Na ocasião da Revolução Francesa, o hospital de Bicetrê, em Paris, era considerado uma verdadeira "casa de horrores" onde os internados – loucos, em sua maioria – eram abandonados à própria sorte. (DESVIAT, 1999).

As reformas políticas e sociais instituídas na Europa no fim do século XVIII e início do século XIX colocaram o francês Philippe Pinel como ator protagonista da forma de pensar e tratar a loucura, que passa a ser vista como questão médica e como uma doença que poderia e deveria ser tratada. Foi desse modo que surgiu o hospício, hospital psiquiátrico, ou manicômio, como instituição de estudo e tratamento da alienação mental. O chamado "tratamento moral", praticado pelos alienistas, incluía o afastamento dos doentes do contato com todas as influências da vida social e de qualquer contato que pudesse modificar o que era considerado o "desenvolvimento natural" da doença. Dessa forma, pressupunha-se que a alienação poderia ser mais bem estudada e sua cura poderia ser alcançada (DESVIAT, 1999).

Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o louco representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado do mundo.

A partir dessas mudanças, o médico passou a ser a figura central da vida do louco. A psiquiatria buscava a cura, e para isso experimentavam-se vários tipos de tratamento. Grandes nomes se destacaram na medicina por suas pesquisas e inovações na área; alguns dignos de nota, como Franco Baságlia, Jean Étienne

Dominique Esquirol, Philippe Pinel, William Tuke, entre outros. (AMARANTE, 2003).

Baságliã (1991, p. 14) afirma que na história da psiquiatria encontramos grandes nomes de psiquiatras, porém no que se refere ao doente mental “só existem denominações ou rótulos de loucos, como histeria, esquizofrenia, mania, astenia, etc, etc...”. Afirma ainda que a história da psiquiatria é a história dos psiquiatras, e não dos doentes. Desde 1700, esse tipo de situação tem amarrado indissolúvelmente o doente ao seu médico, criando uma situação de dependência da qual o doente não mais conseguiu se libertar. O autor constata, dessa forma, que a psiquiatria tem atuado de forma repressiva, com uma história de poderosos, isto é, “a história dos médicos e não dos doentes”, e refere que o “Estado sempre a usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz”. Assim, com base em Baságliã (1991), parece-me que de fato a história da loucura sempre teve os psiquiatras como protagonistas e os loucos como meros figurantes.

O hospício passou a ser uma instituição disciplinar para a reeducação do louco/alienado. Nesse espaço de reclusão, o médico/alienista representava a figura de autoridade a ser respeitada e imitada nesse projeto pedagógico.

Com o passar do tempo, a grande maioria dos indivíduos que chegavam a essas instituições nunca mais conseguiu sair. Essa situação perdurou em todos os manicômios e hospícios surgidos na Europa e nos países colonizados durante mais de dois séculos.

2.2 A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Geovanini et al (2005) assinalam que no Brasil as ideias alienistas de Esquirol e Pinel passaram a ser assimiladas quase integralmente, contribuindo para a constituição do manicômio/asilo/hospício, que se instala de forma sedimentada no país. Com a construção do primeiro hospício, sucessivamente outras instituições do gênero foram edificadas, como o Asilo João de Deus, em Salvador (1874), e o Hospício São Pedro, em Porto Alegre (1884). Outro local importante na gênese da psiquiatria como ciência no Brasil foi o Hospital Psiquiátrico Juqueri, em São Paulo, em 1898. Este foi construído também fora da zona urbana da cidade de São Paulo, conforme o pensamento hegemônico da época. Isso dava legitimidade à exclusão

de indivíduos indesejáveis mas que não se enquadravam no sistema penal. As técnicas de tratamento mais utilizadas eram: alternância de banhos quentes e frios, malarioterapia, traumatoterapia, laborterapia. (AMARANTE, 2003).

Essas instituições surgidas no final do século XIX, assim como outras que foram construídas no início do século XX, selaram definitivamente o processo de exclusão do doente mental no Brasil, incluindo-se nesse contexto Santa Catarina, com a construção do HCS, em 1941.

Segundo Rocha (1994, p.7) a instituição psiquiátrica:

vinha atender à necessidade do espaço organizado para a cura dos alienados, bem como ao projeto normatizador dos médicos. A vigilância era uma característica básica do hospício: os doentes deviam ser vigiados permanentemente. Eram utilizados meios de persuasão para que eles se tornassem calmos e obedientes; se necessário, eram usados também meios repressivos para criar a docilidade e assegurar a ordem.

Arejano e Padilha (2005, p.78-82) enfatizam que um dos aspectos que determinaram a construção dos hospitais colônias no Brasil, nas décadas de 30 e 40 do século XX, foi decorrente de um inquérito realizado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) concluído em 1941, no qual se constatou a existência de 20.526 doentes internados nos hospitais brasileiros. Assim, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), na época, elaborou um plano para a construção de 4000 leitos nos Estados da federação, com a ajuda técnica e financeira da União. O tipo padrão de construção preconizado deveria ser o modelo de “hospital colônia, considerado como modalidade hospitalar moderna”. Nesse período foram construídos hospitais colônias em quase todas as capitais do país.

2.3 A PSIQUIATRIA EM SANTA CATARINA NO SÉCULO XX

Em Santa Catarina, no final do século XIX, a assistência aos loucos concentrava-se em Florianópolis. Eles eram trancafiados na cadeia que ficava no térreo do prédio, onde hoje está instalada a Câmara dos Vereadores (centro da cidade/Praça XV de novembro). Lá se recolhiam os loucos, os escravos

malcomportados e os “paus d’água”¹² do Desterro. (PEREIRA, 2003).

Melo (2002) narra que Padre Lux e o Bispo Dom João Becker, no início do século XX, em 1905, criaram o Hospício de Azambuja (Brusque), com capacidade para 20 pacientes, pensando em abrigar os doentes mentais do Estado de Santa Catarina. Em 1923, em Joinville, passou a funcionar também o Hospício Oscar Schneider, com capacidade para 100 leitos (posteriormente foi ampliado, chegando a possuir em sua totalidade 250 leitos).

Nereu Ramos¹³, em 1936, sensibilizado com a situação dos “loucos” em Santa Catarina e influenciado pela política eugenista do governo federal de Getúlio Vargas, encaminha mensagem à Assembleia Legislativa manifestando a necessidade da construção de um estabelecimento para tratamento de doentes mentais. (SANTOS, 1994).

Quase dois anos se passaram entre a ideia de governar e a aquisição do terreno para a construção do complexo manicomial. No relatório enviado ao presidente Getúlio Vargas referente ao exercício de 1938, Nereu Ramos escreve:

[...] empôs ouvir especialistas, entre os quais o ilustre doutor Waldemiro Pires, ilustre diretor da Divisão de Assistência a Psicopátas do Departamento Nacional de Saúde, adquiriu o Governo, por cento e setenta contos de réis¹⁴, no lugar Maroim, do município de São José, extensa área de terras para a instalação dum hospital-colônia nos moldes sugeridos pelos que, com autoridade técnica para dizer, foram consultados e ouvidos [...] (RAMOS, 1939).

O hospital recebeu o mesmo nome do bairro Colônia Santana¹⁵, criado pela família de imigrantes alemães Koerich em 1925. Essas terras, de propriedade, dessa família, foram vendidas ao governo do Estado em 1938, destinando-as exclusivamente para a construção do HCS. (SILVA, 2001).

Em 10 de novembro de 1941, o HCS foi inaugurado com capacidade para 300 leitos. Seus primeiros pacientes chegaram juntamente com as irmãs da Divina Providência, provenientes dos hospitais de Azambuja e Oscar Schneider.

¹² Indivíduo que tem o hábito de beber álcool compulsivamente, bebedor. (FERREIRA, 2004).

¹³ Nereu de Oliveira Ramos foi governador de Santa Catarina por voto indireto. Assumiu a presidência da República do Brasil após o suicídio do titular, Getúlio Vargas.

¹⁴ Réis: moeda corrente no Brasil (1693 até 1942).

¹⁵ O nome *Colônia Santana* dado à localidade foi uma homenagem a Santa Ana, da qual a família Koerich era devota. Construíram uma igreja na localidade em homenagem à santa, onde colocaram sua imagem. (FARIAS, 2001).

(BENOSKI, 2002). A instituição iniciou suas atividades em janeiro de 1942, com 311 pacientes, ou seja, já com superlotação. Esse fato foi se concretizando historicamente, e para Serrano (1998, p.10) “esta condição inicial selou ‘sua vocação ao inchaço’”.

De acordo com Melo (2004, p.24), quando o HCS foi inaugurado os governantes e a sociedade catarinense acreditavam que o problema da saúde mental no Estado parecia estar superado. Havia uma expectativa que esse hospital seria a solução para todos os problemas de doença mental no Estado, porém, com o passar dos primeiros anos, a cultura da exclusão e do manicômio foi se aperfeiçoando, e se observou um aumento progressivo da demanda psiquiátrica para internação no HCS, bem como o aumento sucessivo de gastos.

Em 1942, o governador Nereu Ramos apresentou ao presidente da República um relatório prestando contas sobre o HCS. O governador relatou que sua construção foi realizada com recursos do governo do Estado de Santa Catarina e que havia tido um custo total de Cr\$ 2.862.434.860¹⁶.

Desde o início do funcionamento do HCS, o diretor Dr. Agripa de Castro de Faria relatava que a instituição recebia pacientes acima de sua capacidade. Durante sua gestão, o médico manifestou em relatórios sua insatisfação perante os pedidos, por parte de autoridades, de internação permanente de pacientes crônicos e de criminosos que aguardavam julgamento. Na maioria dos ofícios enviados pelo diretor do HCS ao poder público consta a solicitação frequente de verbas para o aumento do espaço físico. (MELO, 2002).

Teixeira (1993, p.21) destaca que entre as primeiras providências administrativas da gestão do Dr. Santaella¹⁷ estavam a construção de um pavilhão para tuberculosos, o aumento do número de leitos e a ênfase no atendimento aos doentes agudos, procurando dar uma dinâmica mais moderna ao HCS. Outra proposta da direção foi o atendimento “hetero-familiar”, que consistia na adoção de famílias substitutas, além das reformas nas enfermarias e outras dependências, da aquisição e substituição de novos maquinários, da aquisição de revistas científicas e da organização da biblioteca. Em 1952, o HCS chega a possuir 800 pacientes.

Teixeira (1993) relata que em 1953 o HCS foi considerado um modelo

¹⁶ Cr\$: símbolo do Cruzeiro tornado moeda nacional em 1942.

¹⁷ Diretor do HCS de 1951 a 1955.

institucional, em nível nacional, para o atendimento de doentes crônicos, ou seja, internos com “exíguas possibilidades de obterem altas”.

Dados da década de 60, nas fontes pesquisadas, praticamente não foram encontrados, somente Santos (1994, p. 92) assinala a manutenção da política catarinense nessa década, enfatizando altas taxas de internação no HCS.

De 1941 a 1964, o HCS foi administrado pelas Irmãs da Divina Providência. A partir de 1965 foi criada a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). Esta era uma fundação autárquica vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, instituída pela lei n. 3.765, de 15 de novembro de 1965, que estabelecia reformas administrativas e determinava outras providências com o objetivo de executar a política de saúde e organizar uma rede hospitalar¹⁸. (FONTOURA, 1997).

Em 1971, o HCS passa a ser administrado pela FHSC, passando sua direção, administração e controle efetivamente para as mãos dos psiquiatras. Com essa incorporação, iniciou-se uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado, a qual buscava a interiorização da assistência psiquiátrica, já que até então esta se concentrava basicamente em Florianópolis. A justificativa para essa política de interiorização era a necessidade de implementação da psiquiatria preventivista¹⁹ ou comunitária, bem como de cortar gastos por parte do Estado. (SANTOS, 1994).

Acompanhando essa política, alguns hospitais psiquiátricos brasileiros, e posteriormente o HCS, foram divididos em vários setores com base na divisão administrativa regional do Estado (Centro Administrativo Regional de Saúde – CARS), cada um correspondendo a uma região. Essa divisão objetivava manter os hábitos e costumes do local de procedência do paciente e facilitaria a comunicação com a equipe de tratamento de seu município, após sua alta. (PEREIRA, 2003).

Desde sua criação até a década de 70 do século XX, o HCS sofreu várias reformas, tanto físicas quanto estruturais, aumentando gradativamente suas instalações e capacidade para receber cada vez mais pacientes. Chega em 1970

¹⁸ Pelo decreto n. SES-09 de 24 de março de 1971.

¹⁹ Essa política de interiorização da assistência psiquiátrica teve como modelo a chamada psiquiatria de setor, iniciada nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, com base na transformação das condições asilares após a Segunda Guerra Mundial. A psiquiatria de setor consiste em “[...] um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior da estrutura hospitalar alienante. Daí a ideia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado *dentro* do seu próprio meio social e *com o seu* meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento. (AMARANTE, 1995, p. 36).

com 2.300 pacientes internados – e sua capacidade era para alojar somente 1000 (mil) leitos. (TEXEIRA, 1993).

A partir da década de 80 do século XX, começa a ocorrer no país um movimento que culminou com a Reforma Psiquiátrica e o início da transformação do modelo de assistência psiquiátrica. Esse modelo foi deflagrado nacionalmente a partir da I Conferência de Saúde Mental, realizada em 1987, culminando, anos mais tarde, com a lei 10.216 em 2001²⁰. (TENÓRIO, 2002).

Em Santa Catarina, porém, a Reforma Psiquiátrica dá seus primeiros sinais, muito timidamente, a partir de 1990, e só vai atingir maior repercussão em 1994.

Mesmo com indicativo do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para reversão do modelo hospitalocêntrico de atendimento da saúde mental, o HCS se mantém funcionando como ambulatório e como principal “porta de entrada” para internações. Independentemente das auditorias empreitadas pelo MS, a instituição conserva suas características asilares, com instalações antigas e precárias, e condições desumanas de atendimento.

Assim, em dezembro de 1994, os técnicos do MS realizaram uma visita no HCS e emitiram um parecer sugerindo seu descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em razão desse fato, uma “nova era” inicia na psiquiatria catarinense, caracterizada pela extinção do HCS e o surgimento do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC). Este passa a ser estruturado com duas áreas de atendimento. O Centro de Convivência Santana destinava-se aos moradores institucionalizados, ou seja, pessoas que permaneceram longos anos no antigo HCS. A outra área de atendimento passou a ser composta de cinco unidades de internação psiquiátrica para pacientes de curta permanência hospitalar, denominadas unidades de internação psiquiátrica (UIP).

Assim, o IPq-SC, enquanto instituição que se destina a tratar e reabilitar o portador de transtorno psíquico²¹, passa a ser protagonista de um processo de modernização através do qual busca adequar-se cada vez mais às propostas do MS e melhorar progressivamente as condições de atendimento aos pacientes

²⁰ Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

²¹ Portador de transtorno psíquico, termo advindo da Reforma Psiquiátrica, e sofredor psíquico, termo que designa o portador de doença mental pelo Código Internacional de Doenças (CID) – OMS 10ª revisão – 10 dados adaptados da Classificação Estatística Internacional de Doenças.

psiquiátricos. Os municípios catarinenses passaram a se organizar também para efetivação das redes de saúde mental, criação de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), ambulatórios e outros dispositivos previstos nos programas do MS para a área de saúde mental.

Em 16 de maio de 2001, a lei 10.216, que determina a proteção e assistência do portador de doença mental e os novos rumos assistenciais, após mais de 30 anos tramitando no Congresso Nacional finalmente foi sancionada. Essa é a marca histórica da legalização dos ideais em prol dos direitos humanos dos loucos, realidade que vem sendo gradativamente conquistada pela grande maioria.

Neste novo século, o IPq-SC ainda se mantém como principal suporte para o atendimento dos doentes mentais em Santa Catarina. Possui em suas dependências 270 pacientes que vivem na instituição, procedentes de vários locais do Estado, aguardando que os municípios efetivem suas redes assistenciais para que possam retornar para os seus lares. Dessa forma, Santa Catarina e o IPq-SC poderão efetivamente mudar esse curso e construir uma nova história em saúde mental.

2.4 A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA DE 1951 A 1971

Para se compreender melhor o contexto social e político em que se desenvolveu a enfermagem psiquiátrica no HCS, faz-se necessário contextualizar um pouco a história da enfermagem psiquiátrica no Brasil.

Autores como Kirschbaum (1997) e Fraga (1993) caracterizaram as práticas da enfermagem psiquiátrica ao longo do tempo. Referiram que a enfermagem realizou cuidados diretos aos doentes mentais, aplicando procedimentos disciplinares, sujeitando-os ao objetivo de manter a ordem asilar. Assim, os agentes de enfermagem contribuíram para que os médicos, em cada época, implementassem os diferentes projetos psiquiátricos.

Geovanini et al (2005, p. 33) assinalam que a formação de pessoal de enfermagem, no Brasil, se deu para atender aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública. No Rio de Janeiro, a partir da transformação do Hospício Pedro II em Hospício Nacional de Alienados, em 1890, a

nova administração do hospício foi assumida por médicos que dispensaram os serviços das Irmãs da Divina Providência e organizaram a “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras”, que mais tarde veio a se transformar na Escola Alfredo Pinto (atual Escola Anna Nery).

Porto e Amorim (2007, p. 87) referem que, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, foi “necessária a contratação de enfermeiras. Nesse sentido, a direção do hospital contratou cinco enfermeiras francesas, que permaneceram na instituição de 1891 a 1894”.

O nome dado à escola – Alfredo Pinto – foi uma homenagem ao Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello, ministro da Justiça e Negócios Interiores, responsável pela aprovação do regimento interno da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. “Esta se desdobrou em três sessões: a mista, a masculina e a feminina”, sendo a seção feminina denominada Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Assim, essa escola “foi um desdobramento da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeira da Assistência a Alienados”. (PORTO E AMORIM, 2007, p. 93- 94).

Segundo Rocha (1994, p. 6) a enfermagem profissional surgiu no Brasil somente em 1923, com a criação da Escola Anna Nery no Rio de Janeiro.

Padilha (1997) assinala que a Escola Anna Nery foi a primeira escola profissional criada no Brasil, pois, antes de 1923, não havia se desenvolvido no país o sistema *nightingale* de formação das *nurses*. Longe de arbitrar contra ou a favor dessa questão, retomo a fala de Tavares (1999, p.22), que sem mencionar uma ou outra escola referiu que “a inserção da enfermagem na psiquiatria brasileira deu-se com a criação do Hospital Pedro II”.

Para Tavares (1999, p.22), “a enfermagem psiquiátrica brasileira não se desenvolveu na direção da construção de seu próprio estatuto científico; ela nasceu no hospício” e foi marcada pela precariedade da assistência e pela baixa qualificação profissional.

A história do Hospital Colônia Sant’Ana tem sido narrada por pesquisadores de várias áreas, no entanto o contexto de formação e desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica não tem sido foco dessas pesquisas.

Algumas enfermeiras pesquisadoras como Costa (2002), Borenstein et al (2004; 2007), vinculadas à instituição e ao GEHCES, vêm desenvolvendo pesquisas

focalizando a história da enfermagem no HCS, em várias épocas e sob variados prismas, como parte de um macroprojeto do grupo de pesquisa.

Ao me propor trabalhar com a memória dos trabalhadores aposentados de enfermagem de 1951 a 1971, considerei importante realizar a revisão de literatura de algumas obras que trataram da enfermagem no HCS.

Borenstein et al (2004) realizaram uma pesquisa sobre a história do HCS no período entre 1940 a 1960. De todos os estudos realizados, a obra citada certamente é a que contém o maior número de informações, além de abarcar parte do período de minha pesquisa. Daí posso afirmar que essa pesquisa se tornou indispensável em todas as fases de construção de meu estudo e se constituiu na principal fonte secundária utilizada nesta síntese histórica.

Esta revisão bibliográfica e documental não teve por objetivo tornar-se um confronto aos fatos relatados pelos sujeitos desta pesquisa, pois, de acordo com Bosi (2006, p. 37), “os livros de história que registram esses fatos são também um ponto de vista, uma versão do acontecido, não raro desmentidos por outros livros com outros pontos de vista”.

Borenstein et al (2004, p. 68) relatam que “desde o início do funcionamento do Hospital Colônia Sant'Ana, foram as irmãs da Congregação da Divina Providência que assumiram todos os serviços que lá foram criados” e que detinham o poder de decisão para resolver as questões administrativas e de pessoal. Enfatizaram que, além das irmãs que atuavam no serviço de enfermagem, havia o “enfermeiro chefe e os vigilantes”, que na realidade eram pessoas sem qualificação para o trabalho de enfermagem, inclusive o chamado “enfermeiro”²², que era um “prático com conhecimento razoável”²³. O “enfermeiro” não era um profissional com formação específica na área, muito menos um profissional de nível universitário. Era uma pessoa que se diferenciava dos demais trabalhadores de enfermagem porque sabia ler e escrever melhor, além de possuir algum conhecimento prático e atributos políticos.

Quanto às Irmãs que atuavam na enfermagem, as autoras referem que:

além de ministrarem os cuidados de higiene, conforto e alimentação, realizavam os procedimentos considerados os mais complexos na época, tais como: injeções, curativos, soros, e algumas poucas,

²² Nesta pesquisa o enfermeiro prático será designado somente por “enfermeiro” (entre aspas). (NOTA DA AUTORA)

²³ Definição feita por um dos entrevistados da pesquisa realizada. (BORENSTEIN et al., 2004, p. 68).

costumavam realizar as anestésias, utilizando-se para isto as máscaras de Obredame²⁴, nas pequenas cirurgias feitas no Hospital.

Borenstein et al (2004) ainda relataram que os trabalhadores eram contratados por indicação de terceiros para trabalhar na enfermagem e moravam, ou passavam a morar, na comunidade após a admissão. Não havia, segundo as autoras, “uma preocupação com o conhecimento desses trabalhadores em relação ao trabalho que iriam realizar”. A infraestrutura oferecida ao pessoal de enfermagem e pacientes no HCS “estava distante do ideal”, e as acomodações dos pacientes eram precárias, além de superlotadas.

As péssimas condições de trabalho e seus reflexos na assistência aos doentes mentais no HCS têm sido tema de vários trabalhos. Costa (2002) refere que historicamente a enfermagem desenvolveu suas atividades em condições desumanas, o que contribuiu para que os profissionais de enfermagem se desumanizassem também. Costa e Borenstein (2004) afirmam que os agentes de enfermagem recebiam pouca ou nenhuma informação específica para atuarem em psiquiatria. Assim, chegavam às instituições normalmente sem orientação formal, eram introduzidos no cotidiano da assistência, aprendendo a lidar com o desconhecido e com o imprevisto.

Em 1971, a equipe de enfermagem do HCS passou a ser composta de atendentes de enfermagem, poucos auxiliares de enfermagem e um enfermeiro. Essa composição da equipe não foi obtida nas fontes citadas, mas por informação dos trabalhadores mais antigos, que passaram a trabalhar na enfermagem a partir de 1971. Gradativamente, essa composição foi se modificando e incorporou o técnico de enfermagem à equipe. Os atendentes de enfermagem, no entanto, se mantiveram em maioria, em detrimento do número de enfermeiros, que sempre esteve abaixo da necessidade legal e percebida. Atualmente, por exigência legal, os profissionais de enfermagem devem ter a formação específica na área da saúde, segundo a lei²⁵ do exercício profissional de enfermagem.

A partir da entrada do enfermeiro na instituição, a enfermagem – que era

²⁴ A máscara de Obredame era colocada sobre a boca e o nariz do paciente e este era anestesiado a partir da utilização de éter sobre a respectiva máscara e pela inalação deste pelo paciente. (BORENSTEIN et al., 2004).

²⁵ Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986

totalmente laica, submissa, formada somente por profissionais sem qualificação para o trabalho e sem formação escolar de primeiro grau – passou a assumir um papel científico e relevante na instituição. O enfermeiro promoveu profundas transformações no modelo assistencial de enfermagem, além de ter contribuído para modificar sensivelmente as características e qualificação de seus trabalhadores. Atualmente, 94% dos trabalhadores de enfermagem²⁶ da instituição possuem cursos profissionalizantes.

²⁶ RH/IPq-SC, 2008.

3 MARCO DE REFERÊNCIA: MEMÓRIA

Um marco referencial pode ser definido como um:

conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem. (SILVA; ARRUDA, 1993, p. 85).

Considerando tratar-se de um estudo histórico, mais precisamente um estudo que envolve a memória dos trabalhadores de uma instituição psiquiátrica, uma teorização sobre a memória torna-se imprescindível, uma vez que será o referencial teórico que subsidiará as análises. Para tanto, foram selecionados autores como Thompson (2002), Le Goff (2003), Halbwachs (2004), Bosi (2006), entre outros.

Bosi (2006) se tornou uma importante autora para abordar os aspectos relevantes da memória. A autora publicou em 1994 a primeira edição de *Memória e sociedade: memórias de velhos*, obra na qual realizou um admirável estudo sobre a memória partindo de lembranças de velhos. Designou essa façanha como uma “interseção” entre memória e velhice: “colhi memórias de velhos”, referiu Bosi (2006, p.39).

Cabe assinalar que a autora baseou seu estudo sobre memória nas observações de Henri Bérgson, autor de *Matière et mémoire* (1959). Trata-se de um extenso estudo sobre memória, caracterizado por Bosi (2006, p. 69) como “um rastreamento da bibliografia contemporânea” sobre o assunto.

Bosi (2006, p. 43) refere que as observações de Bérgson sobre a memória devem ser avaliadas em relação aos conceitos de *memória*, e que não desenvolveu em seu trabalho os conceitos de memória. Seu “alvo específico” foi a “análise de memória de mulheres e homens idosos”. Resgata o conceito de lembrança de William Stern referindo que a “lembrança é a história da pessoa e seu mundo, enquanto vivenciada”:

A função da lembrança é conservar o passado do indivíduo na forma que é mais apropriada a ele. O material indiferente é descartado, o

desagradável alterado, o pouco claro ou confuso simplifica-se por uma delimitação nítida, o trivial é elevado à hierarquia do insólito; e no fim formou-se um quadro total, novo, sem o menor desejo consciente de falsificá-lo. (STERN, 1957 apud BOSI, 2006, p. 68).

Para Bosi (2006), quando o passado é narrado por um sujeito, pode ocupar quase todo o espaço mental deste, como no caso dos velhos enfermos e aposentados, como pode também ser desdenhado e esquecido.

3.1 CONCEITOS DE MEMÓRIA

Entender os mecanismos de funcionamento da memória humana constitui um dos grandes desafios da ciência moderna. Já na tentativa de sua definição esse termo mostra toda a sua complexidade.

A memória genericamente pode ser compreendida como a capacidade de lembrar fatos passados. Certamente que esse ato agrega variados fenômenos biológicos, psicológicos e sociais.

Para Bosi (2006, p. 47) a memória é pessoal e intransferível, conserva-se atuando no presente, num processo contínuo de lembrança, significação e socialização. A autora assinala que:

pela memória, o passado não só vem à tona das águas presentes, misturando-se com as percepções imediatas, como também empurra, desloca' estas últimas, ocupando o espaço todo da consciência. A memória aparece como força subjetiva, ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora.

A função da memória para a autora “é o conhecimento do passado, que se organiza, ordena o tempo, localiza cronologicamente”. Memória é a faculdade do tempo, e a história deve “reproduzir-se de geração em geração, gerar muitas outras, cujos fios se cruzem, prolongando o original, puxados por outros dedos”. (BOSI, 2006, p. 89-90).

Le Goff (2003, p. 419- 469) refere que a memória “é um elemento essencial do que se costuma chamar *identidade*, individual ou coletiva, cuja busca é uma das

atividades fundamentais dos indivíduos e das sociedades de hoje”. O autor desenvolve um estudo vasto sobre a memória, suas características funcionais e patológicas. Refere que a compreensão do estudo da memória “abarca a psicologia, psicofisiologia, neurofisiologia, biologia”, e acrescenta ainda a psiquiatria, para a compreensão de suas perturbações. Assinala que a memória como propriedade de conservar certas informações remete, em primeiro lugar, a um conjunto de funções psíquicas graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas. Pode ser compreendida, ainda, como sendo qualquer forma de recordação e se encontra presente nas palavras que dizemos, nos passos que damos e nos sonhos que construímos.

Segundo Meihy (2002, p. 61), a memória individual e a coletiva “dependem uma da outra e uma se explica pela outra”, no entanto a memória coletiva não abrange somente as especificidades da memória das pessoas, mas apresenta o conjunto dessas especificidades em um contexto maior, no nível cultural e social. A memória individual, para o autor, serve para dar sentido às situações sociais.

Compreendendo a memória como uma construção social, Halbwachs (2004, p.75) reforça essa percepção referindo que a memória apoia-se sobre o “passado vivido”, o qual permite a construção de uma história do indivíduo. A memória individual transforma-se numa construção coletiva uma vez que o homem é um ser eminentemente social.

A memória individual não está isolada e frequentemente toma como referência pontos externos ao sujeito. O suporte em que se apoia a memória individual encontra-se relacionado às percepções produzidas pela memória coletiva e pela memória histórica. A memória coletiva é pautada na continuidade e deve ser vista sempre no plural (memórias coletivas), pois as memórias de um indivíduo ou de um país estão na base da formulação de uma identidade, em que a continuidade é vista como característica marcante. (HALBWACHS, 2004, p. 57-59).

Assim, de acordo com os vários conceitos encontrados, observei que o termo *memória* é multifacetado e se caracteriza como um fenômeno social. O conceito de memória coletiva elaborado por alguns autores aparece ligado aos conceitos de memória individual e história, e associado às ideias de tradição, consciência coletiva, identidade social e construção histórica.

Dentro da multiplicidade dos conceitos lidos, e de alguns aqui apresentados, pude apreender que a memória contribui para abordar aspectos da cultura popular,

da vida em família, dos hábitos e costumes de uma localidade, da religiosidade, do trabalho, das profissões, entre outros, que sem dúvida nos remetem à constituição social da memória.

3.2 MEMÓRIA E HISTÓRIA

Ao recorrermos à memória dos relatos e testemunhos das épocas passadas, estamos transformando essas narrativas em história, fazendo com que um amontoado de fatos ganhe significado. A importância do narrador histórico não está em apresentar uma imagem do passado, mas em transformá-la em uma experiência única e que possa renovar o futuro com seu reconhecimento no presente. (TELES, 2002).

Conforme Delgado (2003, p.20) “a relação da memória com a história é bem mais complexa, e envolve, concomitantemente, apropriação, diálogo, destruição e contribuição [...] apesar de distintas, possuem um substrato comum: são antídotos do esquecimento”.

Em relação a esse processo, Alberti (2004, p. 23) refere que a “recordação de algum acontecimento varia de pessoa para pessoa, conforme importância que se imprime a esse acontecimento no momento em que ocorre, e no momento em que é recordado”.

De acordo com Sanna (2002, p.18):

o que se torna objeto de interesse nessa memória é a interpretação que os sujeitos da pesquisa fazem do que vivenciaram. Não se trata pura e simplesmente de tratá-los como fontes de dados, mas de partilhar com eles, o julgamento que fazem desse passado, para só então tornar-se possível a análise reflexiva dessa história.

Oliveira (2008) afirma que o elemento narrativo nunca se extinguiu da produção historiográfica, no entanto ele, na maior parte das vezes, foi combatido pelo paradigma moderno de história. Acrescenta que, na história tradicional, o historiador era um narrador de acontecimentos dotado de procedimentos de oratória.

A nova história começou a se interessar por toda atividade humana. Esta possibilita contar histórias de fatos que nunca haviam sido antes considerados, por

exemplo: a infância, a morte, a loucura, o clima, os gestos, o corpo, a leitura, a fala e o silêncio e, principalmente, a história das mulheres, comprovando que tudo e todos têm uma história. (BURKE, 1992).

Novas fontes passaram a ser utilizadas e construídas, e a história oral passou a ser implementada. Esse tipo de técnica, fonte, método de pesquisa, costuma se utilizar da memória.

Thompson (2002, p. 213) assinala que a terapia da reminiscência tem sido um elemento impulsionador para o acontecimento de mudanças e acredita que seus fundamentos têm poder transformador.

Ao estudar a memória, percebi muitas vezes a frágil linha que a distingue da história e a dificuldade para delimitá-las dentro das várias ciências que a estudam. Porém, nessa gama de informações, não se pode deixar de constatar a inestimável contribuição dos pesquisadores e teóricos da memória em todas as áreas. A investigação sobre esse tema vem acumulando novos conhecimentos ao longo do tempo.

Independentemente do avanço das pesquisas em todas as áreas, e no caso particular da neurociência, sabe-se que há muito ainda a ser descoberto em termos de funcionamento do cérebro. A memória humana aguarda ser totalmente desvendada, e isso passa necessariamente por muitos estudos.

Apesar da existência de vários modelos que se propõem a explicar e classificar a memória, o mais importante é saber os processos que envolvem a aquisição, armazenamento e evocação de cada tipo de memória. Para isso, o primeiro passo é saber que não existe uma memória, mas sim vários tipos de memória que se relacionam para formar "a memória" que usamos cotidianamente.

Bosi (2006, p.79-83) analisa o processo de envelhecimento sob o ponto de vista da memória. A autora refere que a velhice é um acontecimento natural, assim como a adolescência. No entanto, a velhice é uma fase cheia de preconceitos, e o "velho sente-se um indivíduo diminuído, que luta para continuar sendo um homem". A autora cita Batisde (1965), que faz uma distinção entre senilidade e senescência, os quais devem ser entendidos respectivamente como um fenômeno patológico e como um estado normal do ciclo da vida. Lembra que a tenacidade do ser humano certamente diminui com a velhice, mas a capacidade de associação e meditação aumenta. O idoso também necessita de atenção e precisa ser ouvido, pois isso o estimula a reter fatos. O mundo social possui riqueza e diversidade que podem

chegar-nos pela memória do velho, pois este:

de um lado, busca a confirmação do que se passou com seus coetâneos, em testemunhos escritos e orais, investiga pesquisa, confronta esse tesouro de que é guardião. De outro lado, recupera o tempo que correu e aquelas coisas que, quando as perdemos, nos fazem sentir diminuir e morrer. (BOSI, 2006, p. 83).

Bosi (2006, p. 84) refere que “não basta um esforço abstrato para recriar impressões passadas, nem palavras exprimem o sentimento de diminuição que acompanha a impossibilidade”. Apesar de o tônus vital se perder com o processo de envelhecimento e que não seja mais possível captar as sensações do mundo da mesma forma:

quando passamos na mesma calçada, junto ao mesmo muro, o ruído da chuva nas folhas nos desperta alguma coisa. Mas, a sensação pálida de agora é uma reminiscência da alegria de outrora. Esta sombra tem algo parecido com a alegria, tem o seu contorno: é uma evocação.

O termo *reminiscência* aparece em Bosi (2006) e outros autores como sinônimo de memória e é frequentemente utilizado quando se refere à memória dos velhos.

Para Thompson (2002, p. 40) a reminiscência vem sendo utilizada por profissionais que cuidam de idosos como terapia e acrescenta que:

cada vez mais os especialistas em envelhecimento têm reconhecido que entregar-se a reminiscências pode ser uma maneira interessante de os idosos manterem o sentimento de identidade em um mundo em mudança. Ainda mais notável, isso pode ser utilizado para reanimar o espírito de quem está profundamente alienado e deprimido, e até mesmo uma forma de tratamento de idosos psicóticos ou dementes.

A narrativa da reminiscência dos trabalhadores aposentados no serviço de enfermagem do HCS foi utilizada neste estudo, acreditando-se que para compreendermos uma profissão é necessário estabelecer sua relação com os acontecimentos que ocorreram ao longo do tempo. Os estudos desses acontecimentos interessam de modo especial à enfermagem, pois, conforme referiu Barreira (1999, p. 90), “a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a

tomada de consciência daquilo que realmente somos, enquanto produto histórico”. Assim, de acordo com a autora, o “desvelamento da realidade mediante o estudo da História da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão”, e acrescenta:

O movimento da história oral, que vem sendo amplamente difundido nas diversas regiões do país, quer ligado às elites, quer ligado aos grupos de pouca visibilidade social como a enfermagem, oferece a possibilidade da criação de acervos para o uso no ensino e na pesquisa.

Para se compreender a enfermagem enquanto prática social é necessário entender que esta é condicionada pelo contexto onde atua, portanto influencia e é influenciada pela sociedade, e produz forças que estão presentes no campo da saúde.

Finalmente, após pontuar algumas características relativas à memória e às suas articulações, acredito que através desta poderei contribuir para a construção da história da enfermagem no HCS de 1951 a 1971, utilizando-me da memória individual e coletiva dos trabalhadores que atuaram nesse período e que, de forma direta ou indireta, foram agentes importantes em sua constituição.

4 METODOLOGIA

4.1 A PESQUISA HISTÓRICA

Este estudo teve como proposta metodológica a realização de uma pesquisa qualitativa com abordagem histórica. O método da pesquisa histórica caracteriza-se como uma abordagem sistemática por meio de coleta, organização e avaliação crítica de dados que têm relação com ocorrências do passado. (WOOD; HABER, 2001).

O objetivo de toda pesquisa é descobrir algo novo, corroborar com algo já conhecido ou refutá-lo. O motivo que leva o pesquisador a realizá-la é o aprendizado, seja do método científico, das técnicas empregadas ou ainda do estudo em questão. É um método de aprendizagem e de benefícios para o pesquisador e também para a comunidade na qual a pesquisa está inserida. (STEFANO, 2005).

A pesquisa histórica geralmente é realizada para compreender o passado e pode lançar luz sobre os comportamentos ou práticas atuais. Esse conjunto de atividades constitui o método de trabalho que ajuda o pesquisador a conduzir sua investigação. Esta foi precedida de uma conveniência metodológica e teórica que se afinou à medida que ocorreu a interação com o todo.

Padilha e Borenstein (2005, p. 577) assinalam que:

a fim de compreender como efetivamente deve-se realizar uma investigação histórica é necessário que o pesquisador siga alguns passos fundamentais 1) definição, justificativa e delimitação do tema; 2) objetivos da pesquisa; 3) quadro teórico e as hipóteses; 4) coleta de dados, as fontes; 5) a crítica e a validação dos dados; 6) a análise e interpretação dos dados, a síntese.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

De acordo com Alberti (2004), a escolha dos entrevistados deve ser guiada pelos objetivos da pesquisa. Como o objetivo foi o de historicizar o cotidiano dos trabalhadores aposentados da enfermagem do HCS, as pessoas selecionadas para

serem entrevistadas foram os vigilantes, os guardas e os chamados “enfermeiros”, que participaram da enfermagem no HCS, no período descrito, e forneceram depoimentos significativos.

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados através do cadastro do setor de recursos humanos do IPq-SC, no período estabelecido, levando-se em consideração os seguintes critérios: 1) ter atuado no serviço de enfermagem do HCS no período de estudo; 2) possuir uma boa memória sobre o desenvolvimento da enfermagem e sobre o HCS; 3) e, finalmente, possuir disponibilidade de tempo e interesse em participar.

Inicialmente, foram contatadas para a pesquisa onze pessoas, das quais seis participaram do estudo. Alguns não aceitaram alegando motivos pessoais, e outros por terem apresentado problemas de saúde no transcorrer da pesquisa. Assim, este estudo foi realizado com a participação de duas vigilantes, dois guardas e dois “enfermeiros”.

Os entrevistados apresentaram objeções quanto à divulgação de sua identificação e imagem. Assim, nas narrativas, foram utilizadas como identificação somente as abreviaturas de suas atividades: a função de vigilante foi identificada com a abreviação **VG**; o guarda recebeu a abreviação **GR**; e o “enfermeiro”, **EF**. Para se caracterizarem os sujeitos da pesquisa, estão descritos no quadro a seguir alguns dados de interesse para a pesquisa.

EF1: nasceu em 20/02/1940, tem 68 anos, casado, teve quatro filhos, possui primeiro grau incompleto, reside no bairro de Praia Comprida (São José - SC). Desenvolveu suas atividades por 15 anos no HCS (de 1959 a 1974), aposentando-se por invalidez devido a doença mental. Após a aposentadoria trabalhou como fiscal de obras municipal. Atualmente, não exerce nenhuma atividade laborativa. De seus familiares, 20 trabalharam ou ainda trabalham na instituição (dois irmãos, dois cunhados, quatro tios, quatro primos e oito sobrinhos).

EF2: nasceu em 16/01/1933, tem 75 anos, casado, teve duas filhas, possui primeiro grau incompleto, reside no bairro de Praia Comprida (São José - SC). Desenvolveu suas atividades por 14 anos no HCS (de 1960 a 1974), aposentando-se por invalidez devido a doença mental. Atualmente, não exerce nenhuma atividade laborativa. De seus familiares, seis trabalharam ou ainda trabalham na instituição (um tio, um genro, e quatro primos).

GR1: nasceu em 12/05/1926, tem 82 anos, casado, teve 15 filhos, analfabeto, reside no bairro de Colônia Santana (São José - SC). Desenvolveu suas atividades por 36 anos no HCS (de 1944 a 1980), aposentando-se por tempo de serviço. Atualmente, não exerce nenhuma atividade laborativa. De seus familiares, 20 trabalharam ou ainda trabalham na instituição (seis filhos, dois irmãos, dois cunhados, dois tios, três sobrinhos, uma nora, três genros, uma neta).

GR2: nasceu em 02/10/1940, tem 68 anos, viúvo, teve dois filhos, possui primeiro grau completo e também fez o curso de auxiliar de enfermagem. Reside no bairro de Colônia Santana (São José - SC). Desenvolveu suas atividades por 21 anos no HCS (de 1964 a 1985), aposentando-se por tempo de serviço. Atualmente trabalha no hospital de Custódia do Estado de Santa Catarina. De seus familiares, nove trabalharam ou ainda trabalham na instituição (a mãe, o padrasto, três primos, um sobrinho, um tio, dois cunhados).

VG1: nasceu em 08/08/1940, tem 68 anos, casada, teve cinco filhos, possui primeiro grau incompleto. Reside no bairro de Colônia Santana (São José - SC). Desenvolveu suas atividades por 32 anos no HCS (de 1953 a 1985), aposentando-se por tempo de serviço. Atualmente, não exerce nenhuma atividade laborativa. De seus familiares, 14 trabalharam ou ainda trabalham na instituição (o sogro, o marido, dois irmãos, três cunhados, três primos, dois filhos, um genro e uma nora).

VG2: nasceu em 12/07/1935, tem 73 anos, viúva, teve dois filhos, possui primeiro grau incompleto. Reside no bairro de Colônia Santana (São José - SC). Desenvolveu suas atividades por 22 anos no HCS (de 1954 a 1976), aposentando-se por invalidez devido a doença mental. Atualmente, não exerce nenhuma atividade laborativa. De seus familiares, oito trabalharam ou ainda trabalham na instituição (um filho, uma nora, uma neta, dois irmãos, três cunhados).

Para preservar o direito dos entrevistados e garantir que não sofressem qualquer forma de exposição ou sujeição, foi fundamental estabelecer um clima de confiança e cumplicidade com o entrevistador. O trabalho com história oral de pessoas anônimas ocorre para “evitar a identificação pública de depoentes importantes ou para evitar o constrangimento envolvendo terceiros [...] para não expor a si ou a sua família”. (MEIHY, 2002, p.121).

Conforme Bosi (2006, p. 37) evidenciou, “não é preciso dizer que o motivo da pesquisa foi explicado com toda a clareza aos sujeitos, e que ele sempre teve autoridade sobre o registro de suas lembranças e consciência de sua obra”.

4.3 LOCAL DA PESQUISA

As entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes, local escolhido por eles para evitar que se deslocassem e por ser mais aconchegante. Além das entrevistas, foram também coletados documentos no setor de recursos humanos do IPq-SC, em seu acervo histórico na SES, no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina e na biblioteca da UFSC.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com base nas entrevistas com os participantes, por meio de um Roteiro de entrevista (Apêndice 1), produto este caracterizado como fonte primária. Também foram utilizados outros documentos originais, relatórios, fotografias, jornais da época e revistas.

No levantamento de dados, o investigador necessita distinguir as fontes primárias das secundárias. As fontes primárias se caracterizam por serem informações de primeira mão, como o primeiro registro de um invento, as palavras de um declarante (entrevistas, discurso e outros). São os contatos mais diretos com os acontecimentos ou situações históricas. As fontes secundárias são relatos de segunda ou terceira mão de acontecimentos históricos, por exemplo as coletâneas, as enciclopédias e outras obras. (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

4.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: A HISTÓRIA ORAL

A história oral foi utilizada nesta pesquisa para que os aposentados pudessem historicizar o cotidiano vivenciado no HCS através de suas reminiscências.

Alberti (2004, p. 17) assinala que a história oral pode ser “definida como *método* de investigação científica, como *fonte* de pesquisa, ou ainda como *técnica* de produção e tratamento de depoimentos gravados”. Portanto, pela importância e relevância, abordarei um pouco a história oral, uma vez que esta permeia todo o trabalho, constituindo-se na metodologia de pesquisa.

A história oral se ocupa em conhecer e aprofundar conhecimentos sobre determinada realidade por meio de conversas com pessoas que focalizam lembranças pessoais importantes em suas vidas. Possibilita ainda que indivíduos pertencentes a segmentos sociais geralmente excluídos possam ser ouvidos e ter registradas suas próprias visões de mundo e as do grupo social ao qual pertencem. A história oral registra a experiência de uma só pessoa ou de diversas pessoas de uma mesma coletividade que presenciaram, testemunharam, participaram de

acontecimentos, conjecturas, visões do mundo que se pretende investigar. (ALBERTI, 2004).

A história oral se desenvolveu após a Segunda Guerra Mundial, devido aos avanços tecnológicos (como o gravador) e ao imperativo de conhecer as experiências vividas pelos soldados, familiares e vítimas da guerra, através dos relatos orais. Em 1950, surgiram os primeiros historiadores nos Estados Unidos. (REINALDO; SAEKI; REINALDO, 2003, p. 66).

Para Meihy (2002, p.89), no Brasil a moderna história oral iniciou de fato em 1979 e progrediu após 1983, embora houvesse surgido na década de 70. Acrescenta que “somente depois de um amadurecimento que implicou aproximação de diferentes tendências foi que se afinaram os debates capazes de promover espaços coletivos para a combinação de opiniões”. Refere ainda que a expressão *história oral* foi publicada pela primeira vez em 1977, como resultado da dissertação de mestrado de Carlos Humberto Pederneiras Corrêa (UFSC), intitulada *História oral: teoria e técnica*.

Ainda para o autor, a história oral é um “recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas”. Assinala que é a “história do tempo presente e também conhecida por história viva”. (MEIHY, 2002, p. 13).

A história oral se apresenta como forma de apreensão de experiências de pessoas dispostas a falar sobre sua vida mantendo um acordo com o contexto social. Sua base é o depoimento gravado, por isso é necessário que haja os três elementos, que são: o entrevistador, o entrevistado e o gravador (MEIHY, 2002).

A principal característica da história oral é a postura com relação à história e às configurações socioculturais que privilegia a recuperação do vivido conforme concebido por quem o viveu. Nesse sentido não se pode pensar em história oral sem biografia e memória. (ALBERTI, 2004, p.23).

Como fenômeno renovado, a partir do uso de entrevistas a história oral tem aproximado pessoas e instituições preocupadas com aspectos importantes da vida contemporânea. Para Meihy (2002, p. 32), trabalhos de história oral atentam “registrar a trajetória das pessoas idosas e por meio delas recompor aspectos da vida individual, do grupo em que estão inseridas ou da conjuntura que as acolhe”.

A história oral, utilizada como metodologia nesta pesquisa, possibilitou ao entrevistado ser ouvido, abriu espaço na história para aqueles que não tiveram vez

sobre a sua própria história, através da memória.

4.5.1 A entrevista

Minayo (2004, p.108) refere que a entrevista é “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

As vantagens da utilização de coleta de dados utilizando a técnica de entrevistas semiestruturadas, de acordo com Boni e Quaresma (2005, p. 75), quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse. Essa técnica serve para entrevistar pessoas que não sabem ler ou escrever, possibilitam a correção de enganos dos informantes e é elástica quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. A interação entre o entrevistador e o entrevistado é favorecida.

Neste estudo, a coleta das fontes orais foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, com as pessoas consideradas importantes no processo. No início de cada encontro, após explicar os objetivos do estudo e procedimentos relacionados com a realização da entrevista, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Conforme preconiza a técnica de história oral, foram respeitados os locais e horários disponíveis e de preferência do entrevistado.

As entrevistas foram registradas em gravador digital, gravadas em CD-ROM e duraram em média 90 minutos cada. Foram realizadas a transcrição, a transcrição, e a categorização das falas de acordo com a ordem e quantidade de aparecimento nas entrevistas. A cada fala que indicava uma possível categorização, fui desenvolvendo uma marca de identificação, para posterior classificação.

A transcrição foi realizada de forma que as narrativas fossem totalmente preservadas em seu conteúdo, incluindo os regionalismos e as características fraseológicas. Meihy (2002, p.172) assinala que “o acervo fraseológico e a caracterização vocabular de quem contou a história devem permanecer indicados”. Essa fase foi um pouco complicada em razão do excesso de palavras mal

pronunciadas, em voz baixa, por vezes sussurradas entre pausas e silêncios.

Essa etapa foi sucedida pela transcrição, que compreendeu a textualização do conteúdo transcrito, tendo o cuidado para que o significado de cada fala, aqui também, não fosse modificado sob o risco de perder a originalidade. Nessa etapa, utilizei as ferramentas gramaticais para que a redação se tornasse linear e a leitura mais agradável e entendível. Assim, as informações ficaram mais compreensíveis, possibilitando uma melhor organização.

A estratégia seguinte foi marcar um novo encontro com cada entrevistado para fazer a conferência do texto, com o objetivo de que tomassem conhecimento do conteúdo integral de suas falas. Nessa oportunidade, foi realizada a leitura do conteúdo de cada entrevista e solicitada autorização desta, para uso e acervo do GEHCES, o que foi validado com a assinatura dos entrevistados na Carta de Cessão de Entrevista (Apêndice 3). Após essa fase, foi providenciado o arquivo digital das entrevistas (CD-ROM).

À medida que as entrevistas foram sendo realizadas, pude observar que alguns assuntos se repetiam, o que era um indicativo para finalizá-las. Assim, conforme ressalta Alberti (2004, p. 37), “quando as entrevistas começam a ser tornar repetitivas, continuar o trabalho significa aumentar o investimento enquanto o retorno é reduzido já que se produz cada vez menos informação”.

Após essas etapas, as falas foram agrupadas de acordo com as características similares encontradas nas entrevistas e foram classificadas e identificadas com títulos que se ajustassem a essa classificação, e assim surgiram as categorias. À medida que progredia o trabalho, outras categorias foram aparecendo. No final havia seis categorias, conforme descritas abaixo:

1. O cenário
2. A política clientelista
3. A loucura como fonte de lucro e trabalho
4. Os saberes e fazeres dos trabalhadores
5. As relações entre os profissionais
6. A passagem da enfermagem laica para a profissional

4.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Foi realizada a análise com base na teorização sobre memória de acordo com estudiosos do tema, principalmente Bosi (2006). O conteúdo de cada entrevista foi contextualizado com as fontes documentais e com o momento social, econômico, político e cultural da época historicizada.

A análise de conteúdo ocorreu seguindo-se as orientações de Bardin (2004) e Minayo (2004), estabelecida em três fases. A primeira correspondeu à pré-análise, que consistiu na organização das categorias propriamente ditas, visando torná-las mais funcionais e sistematizar as ideias iniciais. A segunda fase, a mais cansativa, foi a exploração de todo o material, seguida da terceira etapa, a qual consistiu no tratamento e interpretação dos resultados obtidos, com base no referencial sobre memória. Assim, os dados “brutos” foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004, p.104). Foi na terceira fase que muitas das categorias mudaram a titulação inicial para que melhor representassem o conteúdo nela incluído.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi norteado pela portaria n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que dispõe sobre “Diretrizes e Normas” da pesquisa com seres humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido, e assegura o cumprimento dos aspectos éticos.

Como este trabalho foi realizado com pessoas além de outras fontes, cuidados especiais foram observados na realização dos contatos, como acerto prévio dos encontros (horário e local) e explicitação dos objetivos do estudo.

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a carta de Cessão de Entrevista, conforme a resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996, que trata das pesquisas que envolvem seres humanos.

Segundo Polit e Hungler (2004), a análise dos aspectos éticos de uma

pesquisa é desejável e, em vários casos, exigida pela instituição em que será conduzida. Esta pesquisa só foi realizada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética do IPq-SC, em 8 de julho de 2008 (Anexo 1) e, posteriormente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado com o parecer consubstanciado no projeto nº. 182/0, no dia 28 de julho de 2008 com base no CONEP/ANVS – Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde do MS (Anexos 2 e 3).

5 REMINISCÊNCIAS DA ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA

Neste capítulo apresento os resultados obtidos na pesquisa realizada com os trabalhadores aposentados da enfermagem no HCS de 1951 a 1971, estabelecendo uma análise reflexiva de suas falas.

Através de seus relatos passei a percorrer virtualmente os caminhos profissionais que os depoentes trilharam. Essa “viagem” me auxiliou a compreender suas experiências e escolhas pessoais e profissionais, a identificar suas dificuldades, conflitos e satisfações em suas vivências.

Sem me preocupar em narrar uma história linear do HCS, busquei desvelar o contexto histórico, social, político, econômico e laboral dos sujeitos da pesquisa, dentro do cenário e do período a serem historicizados. Não procurei narrar uma história simplesmente, mas relacionar e comparar as falas dos depoentes entre si, analisá-las com base no referencial sobre memória e trazer à tona parte da história ainda não contada, das práticas da enfermagem laica do HCS.

A análise das narrativas dos entrevistados possibilitou-me explorar diversos aspectos dos processos de trabalho individual e coletivo, e perceber como se deu a construção de seus saberes e fazeres profissionais e pessoais no cotidiano. Seus relatos foram carregados de emoção e se constituíram em importantes fontes, as quais, juntamente com outras fontes orais, documentais e iconográficas²⁷, foram organizadas e agrupadas em seis (6) categorias de acordo com as informações das quais derivaram seus títulos e subtítulos.

5.1 O CENÁRIO

A história do HCS, já contextualizada anteriormente, demonstrou que sua construção foi resultado da política eugenista em Santa Catarina, a partir das primeiras décadas do século XX.

Inaugurado no final do ano de 1941, o HCS iniciou suas atividades somente

²⁷ As figuras contidas nesta pesquisa são do acervo do IPq/SC. (NOTA DA AUTORA)

em janeiro de 1942. Os primeiros pacientes chegaram juntamente com as Irmãs da Divina Providência, provenientes das cidades de Brusque e Joinville-SC. (BENOSKI, 2002).



Figura 1: Vista parcial do HCS em 1945



Figura 2: Vista parcial da capela do HCS em 1949.

Autores como Piai (1997), Melo (2002) e Borenstein et al (2004) assinalam a importância do papel das irmãs desde o início das atividades no HCS. Segundo esses autores, estas vieram para atuar junto à administração da instituição, a pedido do governador Nereu Ramos.

A inauguração do HCS foi um fato marcante para a sociedade catarinense e foi noticiada nos meios de comunicação da época, como o jornal *A Gazeta*, do qual foi extraído o texto abaixo

[...] Somente ao espírito de um predestinado poderá se atribuir a grandiosidade dos monumentos que têm surgido e se apresentam como marcos perenes duma época de realizações transcendentais, que não se encontra similar na história de nossa terra. [...]. (A GAZETA, 1941).



Figura 3: Inauguração do HCS em 1941.



Figura 4: Jornal A GAZETA de 1941.

Estiveram na inauguração o presidente do Brasil na época, Getúlio Vargas, o governador do Estado de Santa Catarina, Nereu Ramos, e o Dr. Agripa de Castro Faria, médico e diretor do HCS. Pela importância da solenidade, compareceram também diversas autoridades com suas esposas e pessoas da elite social.

Em seu depoimento, **GR1** fala da chegada dos primeiros pacientes ao HCS e da expectativa dos moradores locais:

O premero ônibus que veio de Brusque pra cá, era num domingo. Todo mundo tava ali, nós vinha da igreja, quando acabo a missa e fiquemo esperando. Dali a pouco mais, elis chegaro. Ficamo apavorado, com medo. Tinha gente qui dizia né: a colônia se acabo, acabo com o luga aqui. Mas qui nada, o lugá cresceu. Inté aí, só tinha moradô parente do falecido Balduíno, do falecido Irineu e do meu pai, é que era o mais velho daqui. Adispois encheu di gente.

Esse entrevistado atualmente tem 82 anos, apresenta aspecto físico frágil, expressão serena e voz terna. Encantou-me a delicadeza de seu depoimento e a riqueza de detalhes no conteúdo de suas falas, o que me fez retomar Bosi (2006, p. 39):

Quando a memória amadurece e se extravasa lúcida, é através de um corpo alquebrado: espinha torta, coração acelerado, dentes falhos, urina solta, a cegueira, a ânsia, a surdez, as cicatrizes, a íris apagada, as lágrimas incoercíveis. Se as lembranças às vezes afloram ou emergem, quase sempre são uma tarefa, uma paciente reconstrução.

O HCS foi propositalmente construído em área rural, na localidade de Maroim, município de São José, distante de Florianópolis (capital do Estado de Santa Catarina) aproximadamente 27 km²⁸. Segundo discurso de seus idealizadores o local tinha um estilo sóbrio e agradável, bem como uma paisagem encantadora. (FONTOURA, 1997).

Sua edificação seguiu os parâmetros arquitetônicos de outros hospícios brasileiros, baseado no sistema pavilhonar, interligando pavilhões por meio de corredores, os quais possuíam pátios em suas laterais, conforme descreve Fontoura (1997), e pode ser visualizado na figura a seguir.

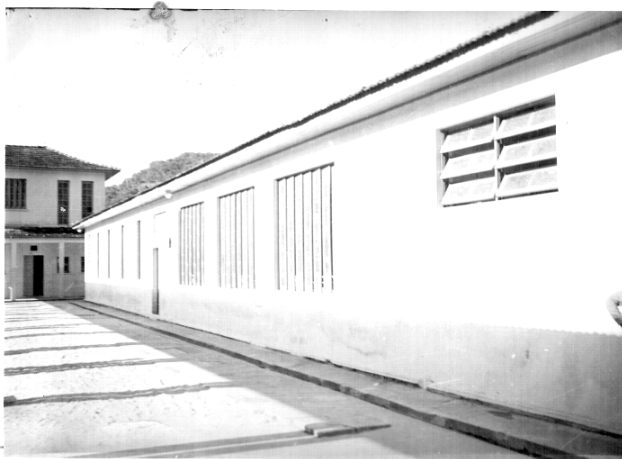


Figura 5: Área externa de pavilhões (enfermarias) do HCS em 1941.

As reminiscências dos entrevistados em relação ao cenário do hospital se concentram mais na área das enfermarias. Referiram que o piso era de madeira e encerado, as janelas e portas, também de madeira, eram pintadas de verde. Falaram do aspecto das enfermarias superlotadas e do cenário desesperador encontrado pela manhã, conforme narrativa de **VG2**:

Di manhã quando a gente chegava, tinha que tirá todos os pacientes prá fora. Eles ficavu no pátio, na sombrinha durante o dia. Nós tinha que jogá água em toda a enfermaria prá limpá, Era cocô prá tudo que era lado. Era um mau chero horrivi.

²⁸ Em razão da melhoria do transporte e com a construção de nova estrada de acesso no início da década de 80, a distância foi encurtada em aproximadamente 5 km. Para a época, os 27 km de distância representavam grande barreira para chegada ao HCS, pois a estrada era de chão, estreita, com muitas curvas por entre morros. (NOTA DA AUTORA).

Quanto aos outros espaços do hospital, os entrevistados citam algumas áreas como refeitório, lavanderia, celas, sem no entanto descrever detalhes. Esse fato provavelmente deve estar vinculado ao tempo de permanência desses trabalhadores dentro das enfermarias, seus espaços de trabalho.

No período de construção observa-se que houve uma preocupação dos projetistas com o grau de periculosidade que alguns pacientes pudessem oferecer. Segundo depoimentos dos entrevistados, os pacientes agitados, agressivos e os criminosos eram colocados em celas:

Aquele tempo a gente cuidava de criminoso. Tinha deis celas e naquelas celas ficava as criminosas mais agitada. Pra limpa as celas só depois delas tá dormindo. A comida era por baxo da porta numa abertura, nós não entrava. Era chamado os guarda pra entra lá e dá os remédio (VG1).

Em 1942, o governador Nereu Ramos apresentou um relatório ao presidente da República descrevendo a estrutura da instituição composta de “cinco pavilhões para ambos os sexos, com instalações modernas de raios-x, laboratório, gabinete dentário, serviço de oto-rino-laringológico, bloco cirúrgico, serviço de balneoterapia e de identificação”. (RAMOS, 1942, p.7).

Arejano e Padilha (2005, p.78-82) enfatizaram que esse foi o tipo padrão de construção para os asilos psiquiátricos da década de 40, com modalidade hospitalar moderna, autossuficiente, eficiente e menos dispendiosa. Esse novo modelo atendia:

[...] plenamente aos objetivos terapêuticos e econômicos propostos por seus idealizadores, possibilitando a cura dos doentes pelo trabalho agropecuário e em pequenas oficinas. Essa proposta resolve os impasses da assistência psiquiátrica da época: o número crescente de internações e os gastos do Estado [...].

Após um ano de funcionamento, o governador Nereu Ramos enviou novo relatório ao presidente da República destacando a eficiência do manicômio como um “modelar estabelecimento destinado ao recolhimento e tratamento dos psicopatas”, e que “dia a dia vai aperfeiçoando seus serviços e completando suas instalações”. (RAMOS, 1944, p.84-85). Destacou ainda o aumento do espaço físico da instituição, com a construção de dois novos pátios, galpão para tecelagem, pocilga, aviário, necrotério, sala de autópsia. Informou também sobre o plano de construção de um

matadouro de gado com o objetivo de produção e abastecimento do HCS e de outros hospitais do Estado. (MELO, 2002).



Figura 6: Entrada principal do HCS em 1941.

Os pacientes, inicialmente, eram internados em enfermarias situadas em duas alas: uma feminina e outra masculina, separadas por um corredor central de acesso à parte interna do hospital. Até o final da década de 60, já existiam quinze enfermarias para internação, que possuíam de 60 a 120 leitos, mas acomodavam um número sempre superior de pacientes.

No pátio de cada ala, havia uma construção coberta e aberta, com uma coluna central, denominada “sombriinha”. Borenstein et al (2004, p. 73) se referem a essa estrutura como um local que:

possuía uma forma arredondada, feito de concreto, com cobertura de telhas e bancos a sua volta, não havia porta. Os pacientes costumavam realizar voltas circulares, por tempo indeterminado. Permaneciam neste local, por longos períodos. Um local que não proporcionava nenhuma ajuda terapêutica, ao contrário, mantinha-os isolados, dentro de seu próprio mundo, proporcionando a manutenção do seu quadro psiquiátrico.



Figura 7: Sombrinha masculina do HCS em 1965.

Em 1948 foi inaugurado um pavilhão destinado aos pacientes agitados, e iniciadas outras obras, como as casas para engenho de farinha, usina de açúcar, armazém e refeitório para os funcionários. (MELO, 2002).



Figura 8: Refeitório dos funcionários do HCS em 1941.

Na mensagem apresentada à Assembleia Legislativa, o governador em exercício, José Boabaid²⁹, refere que durante o ano de 1948 o poder público não cessou de atender aos pedidos da direção do HCS, aumentando progressivamente suas instalações para abrigar cada vez mais pacientes. (BOABAID, 1949, p. 28).

²⁹ Vice-governador de Santa Catarina no período de 1947 a 1951.

No início da década de 50, conforme já enfatizado anteriormente, o discurso psiquiátrico defendia a internação como o melhor recurso para tratamento de doença mental, tendo como consequência imediata o aumento do número de internos e dos gastos hospitalares, além de sucessivas adaptações do espaço físico. Naquela época foram construídos novos pavilhões e contratados mais funcionários, entre eles quatro médicos (um psiquiatra, um fisiologista, um cirurgião e um clínico). Houve aumento do número de leitos, além de reformas administrativas e nos fichários dos pacientes. (SERRANO, 1998).

O hospital seguiu seu curso, sendo sempre preparado para receber mais internos, o que determinava os pedidos sucessivos de investimentos por parte do Estado. Em 1957, o HCS já possuía capacidade para 550 leitos e o número de pacientes estava acima de 800. (BENOSKI, 2002).



Figura 9: Enfermaria com beliches no HCS em 1969.

A preocupação dos diretores em justificar os investimentos realizados pode ser observada em várias mensagens apresentadas à Assembleia Legislativa, ricas em detalhes, como a que foi encaminhada pelo governador Ivo Silveira³⁰. Este relata que no ano de 1969 foram realizadas diversas reformas nos pavilhões e adquiridos utensílios para a cozinha, 300 beliches, máquinas de escrever e calcular, e um automóvel da marca Corcel Standart. (BENOSKI, 2002).

Em 1968, a instituição já figurava entre os hospícios nacionais que possuíam

³⁰ Governador de Santa Catarina de 1966 a 1971.

os “chamados leitos-chão”³¹. Em 1970, o HCS tinha 2200 internos em precárias condições assistenciais. (SERRANO, 1998, p. 11). Fontoura (1997) também registra que no transcorrer dessa década aumentou consideravelmente o número de internos no hospital, repercutindo catastroficamente na infraestrutura, nas acomodações, na higiene dos pacientes e na atenção médica.

VG1, um dos mais jovens dos entrevistados, trabalhou na instituição até 1985 e referiu que no início da década de 70 o HCS tinha dobrado seu espaço físico, que havia sempre obras em andamento e que o número de pacientes aumentou consideravelmente.

Lá por volta de 1970 mais ou menos, a colônia tava muito maior do que quando eu entrei. Tinha enfermaria e paciente prá tudo que é lado. Só se falava em aumentá prá cá, aumentá prá lá...

Provavelmente **VG1** não compreendia que o fato relatado era resultado da implementação de uma política nacional que foi seguida criteriosamente pelos médicos e governantes catarinenses, e sua fala inocente corrobora com a literatura.

No acervo do IPq-SC, conservado por interesse dos enfermeiros, encontram-se muitas fotos do cenário do HCS, a maioria sem a identificação da época e do local fotografado.

De acordo com Melo (2004, p. 5) o HCS, em menos de dez anos de existência, transformou-se em um “constante canteiro de obras”. Essa observação também foi evidenciada por outros autores como Teixeira (1993) e Santos (1994) quando descreveram as sucessivas obras e inaugurações de novos pavilhões para receber cada vez mais pacientes.

O aumento constante da demanda de pessoas para internação psiquiátrica, assunto já explorado neste estudo, foi resultado de várias políticas implantadas desde a década de 40 até o final da década de 70, deixando marcas tristes na assistência psiquiátrica em Santa Catarina. Esse cenário começa a se transformar a partir da década de 80 do século XX, com os movimentos em prol de uma reforma na assistência psiquiátrica.

³¹ As pessoas eram internadas sem a disponibilidade de vaga, sendo acomodadas em colchões no chão, quando disponível. Eram os chamados “leitos-chão”. Infelizmente, na atualidade devido à diminuição do número de leitos para internação sem a devida oferta de trabalhos substitutivos na mesma proporção, o IPq-SC ainda utiliza esse dispositivo, internando pacientes além de sua capacidade.

5.2 A POLÍTICA CLIENTELISTA

Devido à grande distância dos centros urbanos de referência na época – Florianópolis, no projeto de construção do HCS foi prevista a construção de casa para o diretor, o administrador, religiosos, médicos e outros funcionários. Até mesmo alojamento para as mulheres solteiras (casa das moças) procedentes de outras regiões havia no projeto. Alguns funcionários eram beneficiados com lotes de terra do Estado para construírem suas casas, criando dessa forma, segundo Silva (2001, p. 39), uma “relação histórica clientelista, um certo jogo de compadrio”. Compreendo essa expressão como a concessão de favorecimentos prestados aos funcionários como prêmio para trabalhar com os doentes e a loucura.

A política clientelista adotada pelo governo catarinense incluía ainda as despesas referentes ao pagamento de contas de luz e de água das residências dos funcionários, o que estimulava as pessoas a ir trabalhar e morar nessa comunidade, que logo ficou formada em sua grande maioria por pessoas que trabalhavam no hospital e seus descendentes.

A fala de **EF1** mostra claramente essa condição:

A casa da frente do hospitau era do diretô, e a casa de tras era do administradô. E lá trás, tudo era roça. Na frente da casa do administradô tinha um laranjau, O cara ia chamá ele de noite prum negócio urgente, e já trazia um saco de laranja. As veis nem ia lá pra chamá ele por necessidade, era só pra trazê laranja. Depois mais tarde, os otros funcionáro invadiro e começaram a fazê casa pra eles também. Era quase tudo filho di funcionáro que depois continuavo trabalhando. Naquela época, ninguém pagava água, nem luz. Saía tudo por conta do hospitau. Depois que a Fundação entrô, é que foi se acabando aos pouco. Aí depois eu saí do hospitau.

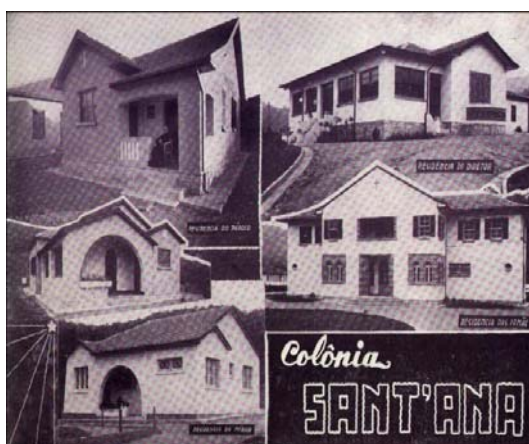


Figura 10: Casa do diretor, administrador, religiosas, moças e trabalhadores do HCS em 1942.

Essa política na maioria das vezes favorecia a empregabilidade dos amigos, parentes e amigos dos amigos dos políticos locais, independentemente de terem ou não qualificação para o trabalho. Para as funções de vigia e para as atividades de enfermagem, por exemplo, não era exigida nenhuma formação específica ou nível de escolaridade, mas sim a vinculação política partidária ou o apadrinhamento. Para ocupar o cargo de diretor e desempenhar as atividades de médico, era exigida do profissional a formação específica, além da vinculação política. Já o cargo de administrador era somente um cargo político.

GR2 fala da dificuldade em conseguir pessoas qualificadas que aceitassem trabalhar no HCS:

Naquela época, pra achá um médico psiquiatra pra vi pra qui era difícil. Aí, eles davu tudo, condução, casa pra morá, alimentação. Eles davu tudo pro médico vi pra cá trabalha, se não, não vinhu. Aqui era interio, na época. Então o médico não queria ficá aqui. Aí depois, começo a vi mais médico, aí, tinha uma Kombi que pegava eles lá no centro e trazia eles pra cá.

Conforme destacado, as condições administrativas e clientelistas do trabalho favoreciam a contratação e a permanência dos funcionários, em especial dos trabalhadores de enfermagem. Porém, certamente o trabalho mal remunerado e as condições precárias existentes não estimulariam sua permanência se não houvesse outras vantagens, conforme evidenciam os relatos dos entrevistados a seguir:

*Em mil novecentos e sessenta e quatro, o salário era precário. Eu trabalhava lá no centro, na construção civil, e vim pra cá, mesmo ganhando menos, porque era vantagem aqui. Porque a gente trabalhava o méis, podia chove, ventá, mas recebia e tinha folga **(GR2)**.*

*Ah! Era muito ruim, credo a gente fazio tanta coisa. A gente gostava porque a gente tinha que trabalhá, mas, que era difícil era, trabalhá com doente, como nós trabalhava, com doente criminosa. As condições pra mim era péssima **(VG1)**.*

*Ah, era brabu, era muito selviço, muitos não guentavo, nós não paravo. Lá era vinte e quatro por vinte e quatro hora, depois passô pra trabaíá noite sim, noite não **(GR1)**.*

Embora tenha realizado busca na documentação existente, nenhum documento que comprovasse os depoimentos acima (como escala de serviço ou

comprovante de pagamento, por exemplo) foi encontrado. Mas a veracidade dos narradores não se constituiu em uma preocupação, pois, conforme assinalou Bosi (2006, p. 37), o “interesse está no que foi lembrado, no que foi escolhido para perpetuar a história de sua vida”.

Se por um lado os políticos protegiam principalmente os filiados partidários, não pertencer a esse grupo significava ser perseguido e até excluído, conforme pode ser compreendido nas palavras dos trabalhadores que vivenciaram tais situações, como **EF1**:

Depois que teve a eleição do Celso Ramos³², o hospital era UDN e PSD. Eu era do PSD! Meu pai e eu ia lá votá naquele primeiro ano pro Celso Ramo. Eu fui perseguido pelo partido da UDN porque era eles que mandava. Eu era pra sê chamado na primeira turma, eu já tava trabalhando oito meses lá dentro como voluntário. Eu já tava fazendo tudo. Meu serviço tava sendo perfeito e por causa da política eu fui passado pra trás. Não me anomearo. Eu fui anomeado depois que o Celso Ramo ganho a eleição. Eu tinha votado pro Celso Ramos, ele ganho, aí eu entrei [risos].

A memória desse acontecimento político narrado por **EF1** evidencia o jogo cotidiano travado pelos entrevistados, no contexto de uma política de favorecimentos, ou de perseguição. O entrevistado fala com certa indignação, característica de quem se sentiu prejudicado. Bosi (2006, p. 453) refere que na:

memória política, os juízos de valor intervêm [sic] com mais insistência. O sujeito não se contenta em narrar como testemunha histórica “neutra”. Ele quer também julgar, marcando bem o lado em que estava naquela altura da história, e reafirmando sua posição.

As falas evidenciam que as causas que levaram os entrevistados a exercer atividades no HCS foram motivadas pela necessidade pessoal e pela pobreza familiar, e não por vocação. Todos tiveram seus contratos efetivados com base nos critérios políticos, e o trabalho no hospital representava uma excelente oportunidade de emprego e garantia de estabilidade de vida.

O processo de admissão dos funcionários não era formal, isto é, não havia concurso público. Normalmente, as pessoas iniciavam como voluntárias e assim permaneciam por algum tempo, sem receberem nenhuma remuneração até que

³² Governador de Santa Catarina de 1961 a 1966.

fossem nomeadas³³.

Meu pai era lavradô e naquela época a situação era ruim. Fui então obrigado a me virar por fora. Uns amigo meu me indicaro pra i pra lá, trabalhá como voluntário. Depois de um ano de trabalho voluntário, a gente conseguia a vaga. Depois fui nomeado pelo Estado (EF1).

No tempo do dotô Shereda, ele disse pra mim fica trabalhando dois meses pra vê se podia passá ou não. Aí, quando chegô os dois meses ele disse: o senhor pode i lá faze os documento qui tá aprovado. Mas quem falou com ele foi um tio da minha senhora. Ele conseguiu porque ele era político lá em Angelina (EF2).

O meu padrasto era envolvido em política, aí o vereadô, conseguiu uma vaga pra mim, aí o meu padrasto fez com que eu viesse aqui pro hospital (GR2).

Quanto à contratação de mulheres para trabalhar no HCS, era exigido, além do fator político-partidário, que fossem solteiras. Após o casamento, dificilmente poderiam continuar a trabalhar, e eram orientadas pelas freiras a pedir demissão caso optassem pelo casamento. As entrevistadas referiram que essa condição imposta não era do conhecimento dos diretores, e sim uma exigência das freiras.



Figura 11: Vigilantes do HCS em 1962.

Uma das entrevistadas relatou que, independentemente dessa exigência, muitas mulheres se casaram e permaneceram trabalhando graças à influência

³³ Ser nomeado significava ter sua contratação efetivada pelo Estado. Era um ato do governo do Estado oficializado e publicado em portaria. (NOTA DA AUTORA).

política, porém outras não “protegidas” tiveram de sair.

Naquela época, a moça soltera que fosse casá, as freras diziú qui era obrigadu a pedi demissão, por isso, eu não falei pra ninguém que ia casá. Premero falei com um político que era amigo do diretô, pra eu não saí. Eu fiquei trabalhando depois de casada mais as freras não quiriú, elas não gostavo não (VG2).

Dessa forma, muitas mulheres casaram na comunidade e ali tiveram seus filhos, os quais à medida que cresciam também iam trabalhar no HCS, passando o ofício de geração em geração, como uma herança familiar. Ainda nos dias atuais, essa característica se mantém e repercute na assistência de forma direta, uma vez que tudo relacionado ao cotidiano familiar – como conflitos, festas, nascimentos, mortes e outros eventos – intervém no dia-a-dia do trabalho, e vice-versa.

Dos seis entrevistados, foram identificados 65 parentes que também foram ou ainda são trabalhadores da instituição. Para exemplificar, **VG1** teve o sogro, o marido, dois irmãos, dois cunhados, uma cunhada e três primos que já trabalharam no hospital e lá se aposentaram na mesma época. Atualmente trabalham ainda dois filhos, um genro e uma nora.

O fato de os descendentes e agregados da família dos entrevistados trabalharem no HCS é relatado por eles como um desejo, uma dádiva e orgulho. O desejo das pessoas que moram no bairro Colônia Santana para trabalhar na instituição ainda é muito forte. O trabalho faz parte de suas histórias, e é comum ser tema das conversas no seio familiar, abordando o hospital e os pacientes. Segundo Bosi (2006, p. 423):

[...] as lembranças do grupo doméstico persistem matizadas em cada um de seus membros e constituem uma memória ao mesmo tempo una e diferenciada. Trocando opiniões, dialogando sobre tudo, suas lembranças guardam vínculos difíceis de separar.

A relação próxima das famílias residentes, no entanto, não contribuiu para a compreensão e aceitação do doente como parte integrante da comunidade. O convívio é limitado aos cumprimentos e pequenas doações feitas aos pacientes nos muros de suas casas. Mesmo os pacientes que hoje moram na comunidade em residenciais terapêuticos são discriminados, às vezes de forma declarada e outras veladas. Um exemplo da forma declarada de preconceito em relação ao doente

mental é o cemitério local, que é dividido em duas partes. Os pacientes moradores que morrem no hospital e cujas famílias inexitem ou não se responsabilizam pelo encaminhamento do corpo são enterrados no cemitério do bairro, porém em uma área distinta do local destinado às pessoas da comunidade. Existe a cultura local de não permitir que os pacientes do hospital sejam enterrados na área destinada à comunidade e vice-versa.

Os pacientes manifestam alegria ao serem reconhecidos e cumprimentados pelas pessoas da comunidade que conhecem há longa data. São tratados na maioria das vezes com cordialidade, são presenteados com um cafezinho oferecido no portão ou no quintal da casa, cigarro ou alguma guloseima. Essa forma de convivência também tem suas raízes históricas, e foi verbalizada por um dos entrevistados ao se referir ao programa hetero-familiar implantado durante um tempo no hospital:

Nóis levava elis pra nossa casa, elis trabaivam um poquinho, fumava um cigarrinho, noís dava comida pra elis. Elis gostava de sair do hospitáu e fica fora trabaivando. Elis ficavu agradecido e melhoravu da doença. (VG2).

Os vínculos entre as diversas famílias da comunidade também se fortaleceram por causa do trabalho, pois muitos iniciaram seus relacionamentos amorosos no hospital, formaram suas famílias, as quais se entrecruzaram por meio de seus descendentes. Embora as famílias fossem mais numerosas, o fato de trabalharem no mesmo local ampliava ainda mais as relações familiares. Os filhos dos amigos passavam a ser como sobrinhos, e as relações tornavam-se mais intensas.

Os entrevistados reconhecem que a política da época fazia com que o trabalho no HCS fosse almejado, pois o salário, mesmo sendo baixo, possibilitava uma vida tranquila, pois não precisavam gastar com muitas coisas, como pagamento de contas públicas, alimentação, aluguel, entre outros.

Dessa forma se observa como uma política de saúde implementada numa sociedade determina o modo de vida das pessoas, favorece a formação de aglomerados residenciais, determina uma forma de sobrevivência, contribui para o desenvolvimento de uma cultura local com mitos e preconceitos que vão sendo transmitidos de geração em geração, deixando seus reflexos durante anos.

5.3 A LOUCURA COMO FONTE DE LUCRO E TRABALHO

O estudo da história do HCS não é somente parte da história da assistência psiquiátrica em Santa Catarina. Representa também parte da história de outras instituições de saúde mais antigas do Estado, do desenvolvimento do bairro Colônia Santana, de seus moradores, dos psiquiatras e da política local. Não há como negar que a mão-de-obra dos loucos está intimamente ligada a essa questão, pois seus trabalhos renderam lucro aos cofres públicos.

Assim como outros hospitais colônias do Brasil, o HCS foi construído para ser uma instituição autossuficiente. Neste, a produção advinda dos trabalhos implementados como laborterapia, e mantidos à custa de poucos trabalhadores e muitos pacientes, foi tão positiva que sustentava não somente o complexo psiquiátrico, como também outras instituições do Estado.

De acordo com **GR1**:

Era déis, vinte, trinta pacienti com os zotro empregado Os empregado só comandavu os serviço. Os pacienti trabalhavu em tudo. Era na horta, olaria, criação de abeia, curral dos porco, criação de gado, carneiro, vaca de leite, lenha, mandioca, cana, moinho de trigo, de milho, torrava café, moia ,era também na oficina de móvis. Eles fazia farinha, dava uns 500 sacos de farinha por ano. Eles levavo um poco de farinha pro hospital de Santa Teresa, pra eles comê, pro hospital Nereu Ramo, tudo com trabalho dos pacienti.

Para Santos (1994, p. 94) essa concepção da “loucura como fonte de lucro e trabalho” levou ao aumento do número de internos, que teve como principal causa “o fato do louco ter sido considerado fonte de lucro pela iniciativa privada”, influenciando sobremaneira as políticas de saúde mental em nível nacional. O autor reitera essa observação afirmando que:

A política de construção de hospícios - colônias, assim como o trabalho como forma de tratamento, não foi adotada apenas como alternativa de tratamento e nem unicamente como alternativa para diminuir os gastos do Estado. Esta política foi incrementada justamente por ir ao encontro dos interesses do incipiente capitalismo brasileiro, que necessitava cada vez mais de mão de obra. Era preciso que todos trabalhassem inclusive os doentes mentais. (SANTOS, 1994, p. 33).

Em 1956, o governador Irineu Bornhausen³⁴ encaminha uma mensagem à Assembleia Legislativa, referente ao exercício de 1955, demonstrando a produção de diversos setores do HCS que, além de suprirem as necessidades da instituição, geraram “lucro aos cofres públicos, com a quantia de Cr\$ 659.176,90”. (BORNHAUSEN, 1956), o que comprova a autossuficiência e inclusive o superávit da instituição.

O constante aumento de internos e as verbas pagas pelo Estado destinadas à manutenção do complexo asilar garantiam a lucratividade da instituição, bastante reforçada pela mão-de-obra dos trabalhadores mal remunerados e, principalmente, pela mão-de-obra explorada e gratuita dos pacientes, como pode ser compreendido de acordo com o depoimento abaixo:

Os paciente é que fazio a maioria das coisas. Eles fazio tudo e o funcionário comandava, só ficava administrando. Cada funcionário tinha uma equipe. Cortavu a lenha pra cozinha, pra lavanderia. Quando eu entrei no hospital tinha dois mil e quinhentos pacientes mais ou menos e tinha mais de trezentos pacientes ou mais que trabalhavo. Os funcionário pegava os paciente na sombrinha e levava lá pro morro, trabalha de foice e machado, corta lenha, e eles fazio questão de trabalhá. Acho que era menos sofrimento prá eles ficá trabalhando de que tá lá na sombrinha (GR2).

O trabalho, de certa forma, acompanhava a concepção social, haja vista que as atividades de roça e outras braçais eram destinadas aos pacientes homens, enquanto as pacientes mulheres, acompanhadas de funcionárias, desenvolviam atividades mais domésticas, como exemplifica **VG1**:

Algumas mulheres ia prá costura quando tavo bem. Outras ajudava um pouco na lavação, na faxina. Elas ia lá com a gente lá na frente, todas ajudavu. Elas ajudavu a amarrá uma doente pra faze insulina, choque, tudo isso. Aquela que tava bem boa, trabalhava, elas mesmo quiriu e os médico mandavo que elas fizesse, porque era até bom pra elas, pra melhorá.

A cultura da exploração da mão-de-obra do doente mental como parte do tratamento era indiscutivelmente uma visão da psiquiatria e de seus trabalhadores, e ainda permanece na memória social dos funcionários, passando de geração em geração. Hoje ainda é comum no serviço de enfermagem do IPq-SC a existência de

³⁴ Governador de Santa Catarina no período de 1951 a 1956.

uma falsa crença de que o doente mental internado pode ter seu processo de melhora acelerado se for capaz de desenvolver tarefas dentro da instituição, como a limpeza dos sanitários da enfermaria, considerada por muitos uma atividade inferior.

Pode-se observar que na história da psiquiatria muitos lucraram em curto prazo. Os trabalhadores do HCS, em vários níveis, tiveram, além do emprego e da estabilidade, garantias e gratificações que extrapolavam o mero contrato trabalhista. Ganharam terreno e casa, recebiam parte da produção agrária, tinham assistência médica, entre outros benefícios. A cultura de exploração da mão-de-obra do “louco” era uma prática aceita sem questionamento. Em contrapartida o doente era recompensado com fumo e autorização para circular na área externa do hospital.

Ao longo da história, o surgimento dos hospitais psiquiátricos demonstrou que, longe de trazer a cura aos doentes, estes serviram de depósitos de pessoas e se constituíram em fonte de lucro. Ator importante no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e autor de vários livros, Paulo Amarante evidencia em suas obras que o hospital psiquiátrico tal como foi concebido em nada contribuiu para a recuperação do paciente ou sua reintegração social. A instituição assumiu características exclusivamente asilares, o doente transformou-se em mercadoria e a sua doença em fonte de lucro. (AMARANTE, 2003).

5.4 OS SABERES E FAZERES DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Nesta categoria é identificada a forma de ingresso dos trabalhadores no hospital e na enfermagem, as atividades que exerciam e as condições de trabalho. Por apresentar muitas peculiaridades e aspectos a serem retratados, esta foi organizada em três (3) subcategorias.

No início da década de 50 do século XX, acontece uma ampliação no HCS, com a construção de novas alas e a contratação de mais trabalhadores para atender o maior número de internos. Nessa época, foram contratados 24 vigilantes e 8 “enfermeiros”, que juntamente com as religiosas formavam o quadro de trabalhadores da enfermagem. Santos (1994) refere que as religiosas eram em maior número, seguidas pelos vigilantes.

Embora as Irmãs da Congregação da Divina Providência fossem

responsáveis por vários serviços e setores no HCS, como cozinha, costura, lavanderia, sala de raios-x, farmácia e enfermagem, o enfoque dado pelos sujeitos deste estudo foi a atuação das irmãs como supervisoras, fiscalizadoras, pessoas que atuavam mais como administradoras do cuidado, dando maior ênfase à punição e controle das atividades desempenhadas pelos demais trabalhadores de enfermagem.



Figura 12: Irmãs da Divina Providência e trabalhadores do HCS em 1958.

5. 4.1 O ingresso e aprendizado dos trabalhadores de enfermagem

Geralmente os trabalhadores, para serem contratados, passavam por um período como voluntários em vários setores da instituição. Porém, quando havia urgência na contratação ou apadrinhamento político, eram imediatamente admitidos em um determinado setor.

EF2 iniciou suas atividades como “enfermeiro”:

Eu já gostava de cuida de doente, e quando eu fui pra colôna fiquei como voluntário na enfermagi. Eu sempre trabalhei na enfermagi, depois mais no final eu comecei a trabalhá com os médico, leva os doente pro médico vê, passa remédio, essas coisa.

Passar a trabalhar no setor de enfermagem era considerado um prêmio, isto é, quando o funcionário era considerado competente, ele passava a exercer suas funções na enfermagem, mas também tinha de ter vínculo político partidário. O auge dessa escalada era ocupar o cargo de “enfermeiro”.

Sê enfermero era melhó porque ganhava mais, tinha menos serviço e tinha sala separada pra descansá. Eu fazia tudo igual a eles, muitas vezis nós fazia sozinho porque eles não tavo o dia todo, então eu podia sê enfermero também (GR2).

O depoimento de **GR2** encerra certa ingenuidade ou desconhecimento das funções do “enfermeiro”, levando-se em consideração que o funcionário que assumia essas funções era uma pessoa mais bem qualificada e recebia mais informações das religiosas e dos médicos, por força de suas atividades. Assim, ele se diferenciava pelo seu saber, e não somente pelo seu fazer.

Atualmente, a enfermagem é uma profissão formada por diversas categorias, sendo o enfermeiro o único profissional da equipe formado em uma faculdade que desenvolve funções privativas, com base na lei nº. 7.498/86. No entanto, era bastante comum, e ainda é, outras categorias considerarem ter o mesmo saber do enfermeiro, e conseqüentemente a mesma capacidade e autoridade para fazer.

Porém, ainda considerando-se que o fazer do adulto ativo inibe “o lembrar” pelo fato de que ele está integrado e absorvido pelo fazer. No caso do idoso, como não desenvolve mais o seu “fazer”, é o lembrar que passa a substituir e assimilar o “fazer”. Dessa forma, “lembrar agora é fazer”. E assim o velho pode superestimar seu fazer e seu saber do passado (BOSI, 2006, p. 480).

Para a autora:

todo e qualquer trabalho, manual ou verbal, acaba-se incorporando na senilidade, no sistema nervoso do trabalhador; este, ao recordá-lo na velhice, investirá na sua arte uma carga de significação e valor talvez mais forte do que a atribuída no tempo da ação. (BOSI, 2006, p. 480).

GR1 também iniciou suas atividades em outro setor e depois, por política, foi promovido para a enfermagem.

Eu comecei serrando lenha, na roça com os pacientes. Depois fui trabalhá na cochera. Aí mudô a direção, eu fui anomiado como

vigilanti e fui trabalhá dentro no hospital no nono pavilhão que era enfermaria masculina, junto com as irmã. Depois trocero a minha anomiação e mi botaro como auxiliá de serviço médico.

De acordo com Kirschbaum (1994), os trabalhadores de enfermagem iniciavam suas atividades sem receberem qualquer treinamento formal e aprendiam no cotidiano. As narrativas dos entrevistados nesta pesquisa mostram também que no HCS não havia preparo, exigência técnica prévia ou alguém designado para fazer a capacitação ou treinamento de pessoal.

Porém, se não havia nenhum critério técnico a ser seguido para a contratação de pessoal para trabalhar na enfermagem, uma questão era levada em conta, a de gênero: os homens eram contratados para cuidar dos pacientes masculinos e as mulheres das pacientes femininas. Isso se aplicava somente aos guardas e vigilantes, pois o mesmo não acontecia com o “enfermeiro”. Para se ocupar esse cargo, eram escolhidos somente homens, os quais atendiam pacientes de ambos os gêneros. Estes não se envolviam em atividades rotineiras, como o banho e a troca de roupa das pacientes.

Alguns entrevistados referiram que aprenderam suas tarefas com os médicos e as freiras, e outros com colegas mais antigos, e até com os pacientes. **EF2**, por exemplo, aprendeu suas atividades com o “enfermeiro chefe”: “ele que me ensinou a fazê injeção, choque elétrico, insulina”. **EF1** referiu que aprendeu com os

próprios patienti. Quando eu cheguei, fiquei lá uma semana observando. Aprendi a fazê corativo. Teve um médico que ensinô a gente a faze choque. Ele fez várias vezes num boneco. Depôs ele fez num paciente na nossa frente, pra nois vê, e assim a gente pegava prática.



Figura 13: Aparelho de eletroconvulsoterapia do HCS em 1950.

GR1 referiu que aprendeu a fazer as atividades de enfermagem com as freiras: *"elas dexavo os remedo tudo marcadinho e a gente decorava a cor deles e dava pros paciente"*. Identifiquei também, entre os entrevistados, um que afirmou que aprendeu:

[...] por sê curioso, vendo e observando. Gostava da enfermagi, acreditei, aprendi por conta, assim, de vê. Os enfermero ficavu só di manhã, então tudo era feito pelos vigilanti. Mesmu quando tinha um enfermero de plantão,,ele não dava conta. Aí pedia prá outro pessoal fazê. E todo mundo fazia sem tê conhecimento de causa, e todo mundo dava sorte de não machucá nenhum paciente ou de fazê injeção no lugá errado (GR2).

VG2 aprendeu com "o enfermeiro chefe" quando começou a trabalhar na enfermaria:

Ele dexava o remédo tudo marcado, tali hora assim, tali remédo, tali paciente, tali cosa. Quem trabalhava di noite já dexavo o remédo tudo já marcadinho, prontinho na bandeja praquele que pegava di manhã e quem fazia as injeções era nós e os enfermero.

Essa prática relatada acima por VG2, de preparar a medicação para outro funcionário administrar, tem sido bastante combatida ao longo dos anos pelos enfermeiros. Hoje em dia, ainda há a necessidade de supervisão e orientação constante por parte dos enfermeiros, para que isso não ocorra. Provavelmente essa prática se deve à existência de grande quantidade de pacientes e medicação a ser preparada, e o número reduzido de trabalhadores. Historicamente, nas enfermarias do HCS havia apenas um funcionário no plantão noturno e somente a partir da década de 90, passou a contar com dois³⁵.

A ausência de informação e capacitação técnico-científica para os trabalhadores de enfermagem foi por muito tempo uma realidade, contribuindo historicamente para a composição de uma categoria submissa e acrítica, com baixo poder reivindicatório e desconhecimento de suas potencialidades e importância no contexto da saúde.

³⁵ Informação obtida pelos enfermeiros que trabalharam na Instituição, a partir da década de 90.

5.4.2 As atividades dos trabalhadores de enfermagem

Quanto ao desenvolvimento das atividades de enfermagem, havia uma divisão entre os que comandavam e os que obedeciam, ou seja, entre o trabalho intelectual e o manual. Borenstein et al (2004, p. 68) relataram que desde o início as irmãs da Divina Providência assumiram e comandavam todos os serviços no hospital, como os:

serviços de limpeza, cozinha, lavanderia, rouparia, costura, horta, farmácia e até a enfermagem, eram elas que comandavam. Em geral, decidiam sobre tudo e todos, costumavam determinar as necessidades e estabelecer as prioridades e soluções, embora o diretor da instituição estivesse permanentemente presente, pois morava em frente ao Hospital e ficasse envolvido com a mesma.

Os entrevistados deste estudo se encontravam na posição dos que obedeciam, mesmo o “enfermeiro”, que assumia funções de maior complexidade.

De modo geral, de acordo com os entrevistados, o “enfermeiro” realizava a escala de serviço, autorizava as trocas de plantão, passava visitas com os médicos, auxiliava os médicos nos partos, laqueaduras e pequenas cirurgias, realizava suturas (quando não havia médico), aplicava eletrochoques³⁶, fazia a medicação parenteral, insulino-terapia³⁷, fluidoterapia e curativos nos pacientes internados.

³⁶ O eletrochoque (ECT) foi introduzido na psiquiatria em 1938, pelos psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lúcio Bini. Caracterizava-se pela passagem de uma corrente alternada, através da caixa craniana durante um breve espaço de tempo, provocando convulsões. Durante a passagem da corrente elétrica, observa-se perda da consciência, bem como espasmo muscular generalizado e finalmente a comatosa, iguais a uma crise convulsiva clássica. A seguir, sobrevém o sono de alguns minutos, em que o paciente acorda espontaneamente e não se lembra do que ocorreu. Em geral apresenta-se tranquilo e lentamente vai saindo do seu quadro psiquiátrico agudo. Os eletrochoques são dados geralmente em série de oito a doze sessões, na razão de um por dia, tendo por base a melhora clínica. Excluindo-se certas afecções cardiovasculares, os eletrochoques têm poucas contraindicações. Seu emprego foi consideravelmente restringido após o progresso da psicofarmacologia. (BORENSTEIN et al., 2007, p. 667).

³⁷ A insulina foi descoberta por dois médicos canadenses, Frederick Banting e Charles Best, em 1921. Caracteriza-se por ser um hormônio secretado pelas células das ilhotas de Langerhans do pâncreas, responsável pela manutenção do equilíbrio de glicose no corpo. A falta de insulina causa a *diabetes mellitus*, ou hiperglicemia (excesso de glicose), enquanto que o seu excesso natural ou artificial causa hipoglicemia, o qual leva ao coma e a convulsões, devido ao déficit de glicose nas células cerebrais. Na psiquiatria, passou a ser utilizada em 1930, quando Sakel descobriu acidentalmente que, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, o tratamento era eficaz para pacientes com vários tipos de psicoses, particularmente a esquizofrenia. Este aperfeiçoou a técnica, que passou a ser chamada de “Técnica de Sakel”, para tratar de esquizofrênicos, primeiro utilizada em Viena e posteriormente em 1934, nos Estados Unidos. (BORENSTEIN et al., 2007, p. 668).

Também eram responsáveis pela administração de medicação parenteral e curativos em pessoas da comunidade.

Os vigilantes eram responsáveis pelos cuidados diretos ao paciente, como banho, medicação oral, alimentação, observação dos internos, limpeza das enfermarias, além de auxiliar o “enfermeiro”.

Aos guardas, cabia o trabalho de segurança, além do auxílio aos vigilantes e ao “enfermeiro” em suas funções. No entanto, nas falas dos entrevistados evidenciava-se uma mistura dessas funções, pois os vigilantes também executavam atividades que deveriam ser realizadas pelos “enfermeiros”:

Eu fazia faxina, injeção, ajudava no eletrochoque, amarrava as paciënti pra faze insulina, cuidava das paciënti na cela, no pátio. A gente era sozinha. Tinha que dá conta. A enfermaria que eu trabalhava tinha oitenta e pocos paciënti. Antes de amarrá as paciënti pra faze injeção, nós tinha que faze faxina, desdi a entrada até aqui na frente, nos corredô. (VG1).

Ah! minha fia, nós fazia de tudo. Nós dava banho, ajudava a servi a comida, dava remédo, cortava cabelo, fazia cama, fazia limpeza dos banhero. A primera coisa que nós fazia era tirá as paciënti da enfermaria. Dava café, aí tinha aquelas que ia pra sombrinha e as que não tinha condiçõns de ficá na sombrinha porque fugia, ficavo presa lá nos quarto (VG2).

Essas informações foram relatadas com aparente orgulho, e de certa forma surpreende a quantidade de afazeres que foram mencionados. Os trabalhadores se esmeravam em listar suas atividades, o que pode ser compreendido quando Bosi (2006, p. 480) explica que “quanto mais a memória revive o trabalho que se fez com paixão, tanto mais se empenha o memorialista em transmitir ao confidente os segredos do ofício”.

Nos depoimentos acima, entretanto, também ficou evidenciado que na história da prática de enfermagem, conforme assinalou Vieira (1990, p.71), realmente perpetuava a “nomeação de atendentes pela simples troca do instrumento de trabalho”, ou seja, da vassoura para a seringa.

Não havia definição clara das atividades que os trabalhadores desenvolviam, e muitas extrapolavam suas competências, uma vez que não tinham formação sequer para executar as funções de enfermagem, e outras, como a situação descrita abaixo por **EF1**, por serem de competência do médico:

Uma veis, um cara cortô o estomago dotro cara com uma faca. Não

tinha médico na hora, aí eu e mais dois guarda fomo obrigado atendê. A freira que trabalhava no Rx veio ajudá. Eu fui fazê a sutura no cara porque saiu todo o intestino pra fora. Até que veio um clínico no outro dia, ele viu como é que ficou o serviço, e disse que tava certo.

Os entrevistados participavam diretamente dos diversos tipos de tratamentos utilizados na psiquiatria. Enfocaram múltiplas vezes a utilização do eletrochoque e da insulina, parecendo, portanto, que o primeiro era o mais utilizado. Enfatizaram que os pacientes melhoravam rapidamente com o eletrochoque, apesar de ser um tratamento bastante agressivo.

Os relatos a seguir narram alguns detalhes rudimentares na forma como eram realizados os eletrochoques:

Quando o doente tava muito agitado o guarda ia pegá o paciente e com toda a força deitava ele na cama, colocava um paninho na boca pa ele não mordê. e eu com as platina ia e batia na testa dele, nas fonte, era noventa volts, parece. Então ai era aplicá, mas era só encostá a platina e ele caía. Aí pronto, podia tá agitado como fosse. Então dava aquela convulsão nele e depois ficava bom. No outro dia aplicava de novo, porque os médico receitavu as série de choque, assim oito ou déis, dependia do estado do paciente (EF2).

Quem fazia o choque era os enfermero e nós ajudavo. Nós levavo as paciente, deitava elas em cima da cama e a gente com toda força se ajoelhavo em cima das perna dela. Na hora de dá o choque pra paciente não se levantá e não se quebrá, a gente segurava com tudo que era força no joelho porque as perna se esticavo. Era feito muito choque, um monte que até perdia a conta, era vinte, trinta, quarenta por dia (VG2).

Naquela época o eletrochoque era uma estupidez. Só filmando. Tanto o tratamento, quanto a preparação da equipe com o paciente. A gente pegava o paciente como se fosse gado a laço. Eles conheciu a equipe que fazia o choque. Os paciente ficavo tudo na enfermaria, aí, quando viam o aparelho eles já tinha medo. Eles ficavo em pé, e aí, era uma agressão. O funcionário tinha que agredí ou era agrido. O paciente não queria deitá, mas nós sigurava o paciente que agonizava no leito. Na minha época, era feito nuns trinta paciente por dia, eu acho, mas era tudo indicado pelo médico (GR2).

Quanto ao uso de medicamentos, os entrevistados referiram que eram administrados comprimidos e também injeções. Mencionaram alguns nomes de medicamentos como haldol, neozine e amplictil, mas não sabiam quando estavam administrando um ou outro medicamento, pois aprenderam a decorar as cores dos

remédios, e era essa a forma de identificá-los: “o azulzinho, o rosinha”.

O remédo naquele tempo era comprimido, as irmã dexavo tudo marcadinho pronto pra mim quando saía, qui era o branquinho, o azuli, o rosa, aí eu marcava o lugarzinho delis. Quando acontecia alguma coisa errada eu ia lá e chamava ela. Eu não sabia lê nem escreve, mas as cores dos remédos eu sabia naquele tempo (GR1).

Os entrevistados também não identificavam em suas falas o nome comercial ou genérico da maioria das drogas injetáveis utilizadas. Somente o neuleptil foi mencionado por um dos entrevistados, que se referiu a essa medicação como a “injeção que deixava o cara durinho”, fazendo alusão ao efeito que a droga exercia³⁸.

Depois começô a vi aquele remédio neulepil? Esse, que o cara ficava durinho, todo amarradinho. O cara não andava mais (GR1).

A terapia ocupacional, ou praxiterapia³⁹, foi também mencionada com a compreensão de que o trabalho fazia parte do tratamento e representava uma possibilidade de o paciente melhorar. Mas, também ficou evidente a exploração da mão-de-obra dos pacientes, como forma de manter o complexo asilar, não havendo nenhuma remuneração ou acompanhamento técnico das atividades desenvolvidas pelos pacientes.

Kirschbaum (1994, p. 339) descreveu situação idêntica em sua pesquisa em quatro hospitais psiquiátricos do Brasil, e assinalou que:

os trabalhos manuais e os agrícolas não teriam somente o objetivo de manter o doente ocupado para distraí-lo de seus delírios ou evitar a ociosidade que contribuía para o agravamento da doença, mas representavam um meio de desenvolver o potencial produtivo do doente. Isto sem contar a possibilidade que trazia de diminuir os custos do hospital com a manutenção de indivíduos internados por longo tempo.

³⁸São efeitos resultantes do uso de antipsicóticos típicos ou convencionais antagonistas da dopamina. Bloqueiam os receptores dopaminérgicos pós-sinápticos em várias áreas cerebrais. Esse efeito se manifesta por reações distônicas agudas, crise oculogírica, torcicolo, acatisia, rigidez muscular (principalmente de membros), tremores finos, movimentos involuntários e estereotipados, protusão da língua, tremores labiais, piscar frequente dos olhos, caretas, batidas sucessivas com os pés no chão como se estivesse marchando. Esse efeito pode ser inibido com a administração de drogas anti-histamínicas e com a diminuição e supressão do antipsicóticos. (STUART; LARAIA, 2001).

³⁹ A expressão *praxiterapia* foi utilizada “a partir dos anos 40 para caracterizar o emprego do trabalho de pacientes como uma atividade com fins e características terapêuticas nos estabelecimentos psiquiátricos”. (KIRSCHBAUM, 1994, p. 339,).

A assistência heterofamiliar, já descrita por Teixeira (1993), Fontoura (1997), Silva (2001) e Borenstein et al (2007), constituiu-se como uma proposta da instituição para favorecer a integração ou reinserção sócio-familiar do paciente por meio de sua participação no contexto de uma família substituta.

Arejano e Padilha (2005, p. 79) referem que essa proposta surgiu com o objetivo de:

integrar o sofredor psíquico a uma pequena família, a título de solução terapêutica, recriando-se artificialmente o ambiente rural pré-capitalista, no qual, algumas práticas propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e de ocorrência natural da própria organização social da sociedade. No entanto, as novas práticas terapêuticas, o trabalho agrícola e a assistência heterofamiliar não levam à cura dos pacientes. O trabalho serve apenas para manter os setores do asilo em funcionamento, com a exploração da mão-de-obra gratuita dos pacientes, tanto, pela instituição psiquiátrica, como pelas famílias que os recebem, as chamadas famílias nutrícias.

Essa atividade também foi referida pelos entrevistados como um dos tratamentos utilizados no HCS:

Eu levava pra minha casa, dois, três paciente comigo. Eu dava cigarro pra eles, quando eu chegava em casa, eles almoçavo comigo depois eu levava eles na roça, nem que não fazio nada, só pra conversá. Daí eu trazia eles á noite com orde do diretô, só que não podia explorá o paciente. Tinha veis que eu levava eles pra roça, e um sentava lá, fazia a rama de mandioca, outro semeava, o outro ficava lá tirando lenha, fazendo foguera. Eles passavo o dia lá e di noite eu levava eles di volta pra colonia (EF1).

As famílias substitutas na realidade eram representadas pelos próprios trabalhadores que levavam os pacientes para suas casas (ou melhor, para suas terras) para trabalharem.

Apesar de a literatura descrever alguns trabalhos de autores como Fontoura (1997), Pereira (2003) e Borenstein et al (2007), os quais afirmaram que a balneoterapia também se constituiu em um tratamento utilizado no HCS, e apesar de existirem fotografias que comprovam a existência dessas banheiras para a realização da técnica, esta não foi mencionada pelos entrevistados. Ao serem questionados sobre esse tratamento, referiram que as banheiras eram utilizadas

para o banho comum das mulheres e também para colocar roupas de molho para serem lavadas.



Figura 14: Banheiras do HCS em 1955.

Dos tratamentos descritos na literatura, e que também foram mencionados nos depoimentos, o que mais deixou marcas foi o uso do eletrochoque. Os aposentados falavam no eletrochoque demonstrando certa perplexidade quanto à forma como era realizada a técnica. O mesmo já não ocorria quando falavam da insulinoaterapia. Acredito que isso se deve ao aspecto cultural da representação social do eletrochoque e de sua história, além do fato de que a insulinoaterapia era feita no leito, com a utilização de seringas e medicamentos, parecendo dessa forma ser mais legítima do que uma técnica em que se utilizava um aparelho elétrico e que era realizada em condições adversas. Sabe-se, entretanto, que a insulinoaterapia é uma técnica bastante agressiva, com risco iminente de morte pela indução do coma hipoglicêmico. Abaixo são descritos alguns detalhes sobre a insulinoaterapia:

Eu amarrava a paciente, e depois o enfermeiro fazia a injeção. Como era só um, ele botava o remédo na siringa e eu fazia a injeção. Porque aplicá pra mim era fácil, era só no músculo, não era ruim. Eu e o enfermeiro cuidava delas quando elas entravo em coma e depois nós dava o chá pra elas acordá. Tinha umas doenti que já custava a acordá, aí tinha que dá bastante chá, que era um melado (VG1).

O paciente deitava na cama, ele era amarrado né? na mão, perna, tudo, que ali a gente aplicava a insulina, duas a três gotinha e daí ele ficava lá até começa a suá. As veis se agitava um pouco, mas daí ele dormecia e entrava em coma. Depois de ele entra em coma, nós tinha que aplica a glicose na veia e aí ele se recuperava de novo,

tomava chá bem doce e ficava tudo bem. Era nós que aplicava isso tudo (EF2).

Ainda quanto à modalidade de tratamentos utilizados na época retratada, Borenstein et al (2007) mencionaram que eram utilizadas a convulsoterapia pelo eletrochoque, a insulina e pelo cardiazol⁴⁰, além dos psicofármacos, da balneoterapia, da praxiterapia e assistência heterofamiliar, da eletronarcole e, menos usualmente, da lobotomia⁴¹.

EF1 descreveu um tipo de tratamento em que o paciente recebia uma injeção endovenosa seguida da aplicação de eletrochoque:

Era feito a injeção na veia, e depois de dez minutos era aplicado o eletrochoque. Depois, os pacienti ficavo em observação, ele ia dormi, talvez o dia todo. Ele chegava a se alimentado com soro. O médico clínico ia à noite e passava no pavilhão pra vê ele, se ele ainda tivesse dormindo, ele aplicava o soro. No outro dia o pacienti já estava restabelecido e fazia nova série. Isso continuava, por exemplo, uma semana. Os pacienti melhorava noventa por cento com a sonoterapia, eles saía da crise. Também tinha a sonoterapia que era só injeção, quando o caso era grave, ele chegava muito agitado, então nós pegava o paciente, às vezi precisava de três, quatro guarda pra dominá ele.

A ênfase ao uso de eletrochoque e insulinoterapia por parte dos entrevistados provavelmente se deve à frequência com que eram utilizados, e também pelo desconhecimento ou pelo sofrimento que a técnica causava aos pacientes. De acordo com Bosi (2006, p. 91), o talento de uma pessoa para narrar sua história “vem da experiência”. A autora enfatiza que a missão do narrador é extraída “da própria dor”. Este recupera “sua dignidade” ao contar sua experiência “até o fim, sem medo”.

A ausência de relato de outros tipos de tratamentos, como o cardiazol, a

⁴⁰ O choque Cardiazólico ocorria através de convulsões, induzida por esta medicação. Foi desenvolvida por Lazlo Von Meduna, em 1934. Em 1933, Meduna fazendo algumas observações no tecido glial que liga as estruturas celulares da córtex de pacientes epiléticos mortos, percebeu que estes possuíam uma deficiência de estrutura glial, quando comparados com os esquizofrênicos mortos. Com base nessas descobertas, decidiu utilizar a cânfora e logo depois a empregar uma preparação de cânfora sintética menos tóxica, Metrazol, também chamado de Cardiazol. Esta droga tinha o mesmo princípio ativo, o de provocar crise convulsiva com conseqüente eliminação ou redução da sintomatologia produtiva. No entanto, o Metrazol tinha vários inconvenientes práticos, entre os quais um período de tempo imprevisível entre a injeção e a convulsão, durante o qual o paciente mostrava-se temeroso e não cooperativo. Além disso, com frequência as convulsões eram tão graves que provocavam graves fraturas. (BORENSTEIN et al., 2007, p.667).

⁴¹ A lobotomia foi a primeira técnica de psicocirurgia a ser desenvolvida a partir da manipulação orgânica do cérebro, com o objetivo de curar ou melhorar sintomas de uma patologia psiquiátrica.

lobotomia e a eletronarcese, pode ser atribuída ao esquecimento, pois existem trabalhos⁴² e relatos verbais de trabalhadores que falam da utilização da balneoterapia e da eletronarcese no HCS.

Como já referido, os relatos deixam transparecer que as atividades exercidas pelos entrevistados extrapolavam a competência profissional e pessoal. Ao mesmo tempo que não tinham formação específica ou qualquer preparo para desenvolver boa parte das funções que lhes eram exigidas, na maior parte do tempo desenvolviam seus fazeres sem supervisão. Os médicos permaneciam pouco tempo no hospital e as poucas freiras estavam mais ligadas às atividades de gerenciamento.

Parece-me que havia uma ilegalidade constituída, que em virtude daquela realidade era vista como normal e legal, e que infelizmente foi dominar não somente na enfermagem psiquiátrica, mas em todas as demais áreas, uma vez que a enfermagem laica foi dominante durante muito tempo.

5.5 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

Desde o início da criação do HCS, os trabalhadores cumpriam uma jornada intensa de trabalho, considerada por eles estafante, tanto pelo tipo de pacientes que cuidavam como pelas atividades que desenvolviam. Os entrevistados relataram que cumpriam uma jornada de 48 horas semanais, distribuídas em escalas de 24 horas de serviço por 48 horas de folga, conforme depoimento:

Eu comecei a trabalhár, vinte e quatro por quarenta e oito hora, uma coisa assim. Era um ou dois funcionário por enfermaria, com bastante pacienti. Todas as enfermaria que eu trabalhei tinha muito pacienti (GR2).

Havia diferenciação na distribuição de horários para os trabalhadores de enfermagem. O “enfermeiro” cumpria uma escala de 6 horas diárias (das 7 às 13 horas) com plantão nos finais de semana e não trabalhava no período vespertino. Os guardas e os vigilantes não tinham escolha, somente podiam cumprir a escala de

⁴² Kirschbaum 1994; Borenstein et al, 2007.

24/48 horas. Todos os trabalhadores recebiam tecido para confecção de uniforme ou uniforme pronto, além de calçados, quepe e jaleco duas vezes por ano.



Figura 15: Enfermeiros, guardas e vigilantes do HCS em 1941.

Os entrevistados referiram que tinham todos os direitos concedidos aos trabalhadores vinculados ao Estado, como plano de saúde, férias, licenças, décimo terceiro salário, quinquênio e aposentadoria. O vínculo empregatício estatal, mesmo não sendo bem remunerado, era altamente cobiçado, pois representava segurança, devido às vantagens que agregava.

Os entrevistados evidenciaram certo descontentamento ao se referirem ao valor do salário:

O salário, comé que eles dizem, era dois mil cruzeiro⁴³. Dava pra mantê a casa mais ou menos, por que era em dois a trabalhá, eu e o meu marido, se fosse um só, não dava (VG1).

O salário era bem baxo naquela época, quando eu comecei a trabalhá. Era baxo, mas as coisa também era mais barato. O meu marido trabalhava de guarda e aí dava de vivê bem, porque os dois ganhava (VG2).

Apesar de as falas indicarem baixa remuneração salarial, nos documentos

⁴³ Quantia equivalente a R\$261,00 atuais.

analisados encontrei uma solicitação de 1952, do diretor na época, Dr. Santaella⁴⁴, solicitando melhores salários para os trabalhadores. Ele destacava a *“aflictiva situação dos funcionários que lidam diretamente com os doentes, mistér sobremodo perigoso, que por justiça merecem melhores salários”*. Esse relatório parece evidenciar o reconhecimento e valorização desses trabalhadores. Cabe assinalar que o pedido de aumento de salário não era somente para os trabalhadores de enfermagem, mas também para os psiquiatras. Acredito que, como reforço de sua exposição, Dr. Santaella apresentou ao governo do Estado, em 1952, um mapa demonstrativo contendo o quantitativo de atividades de vários setores. Fez um relato de dados como aplicação de 10.789 injeções e 7.860 de convulsoterapia (cardiazol, insulina e eletrochoque) em 1951 e 11.103 aplicações de injeção e 9.991 de convulsoterapia (cardiazol, insulina e eletrochoque) em 1952. (SANTAELLA,1952).

Os trabalhadores de enfermagem eram submetidos também a um rigoroso controle de cumprimento de tarefas, o que nos remete ao que Foucault (2007) denominou de pirâmide de olhares, ou seja, um sistema de vigilância em que uns controlam os outros, numa escala hierárquica. Nesse caso em particular, os médicos delegavam às religiosas o controle dos “enfermeiros”, que controlavam os guardas e vigilantes, que por sua vez controlavam os pacientes.

Essa pirâmide de olhares também pode ser bem evidenciada no sistema adotado para controlar os trabalhadores do plantão noturno para que não dormissem durante o horário de serviço, exceção feita apenas ao “enfermeiro”, que tinha uma sala própria, onde permanecia após realizar suas atividades e poderia dormir. Esse controle era realizado por um sistema muito curioso, em que os vigilantes e os guardas tinham de circular com um relógio pendurado no pescoço, no qual havia uma tira de papel que deveria ser picotada a cada quinze minutos, momento em que o relógio registrava o horário. Pela manhã, o chefe dos guardas e dos vigilantes abria o relógio para fazer o controle de horário:

O relójo era pra não dormi, por causa que eles do hospital achavo que o vigilante e o guarda de plantão da noite dormia. Ai eles colocaro esse relójo prá dá corda de quinze em quinze minuto,nóis botava ele dependurado no pescoço, i dava corda com uma chavezinha, a noiti toda. Aquilo eu acho que foi uns dois ano, depois foro acabando com ele (VG1).

⁴⁴ Diretor do Hospital Colônia Sant’Ana de 1951 a 1955.

Observa-se, porém, na fala abaixo, que apesar desse rígido e curioso controle de horário os trabalhadores exerciam resistência burlando regras:

Na verdade, o relógio não funcionava, tinha funcionário que boicotava o relógio. Ele abria, picotava tudo e o chefe pensava que o funcionário não dormia. O funcionário botava das duas às quatro, de déiz em deiz minutos, atrasava ele e depois botava a trabalhá. Aí quando o chefe abria o relógio de manhã, tava todo batidinho! E tinha um inteligenti na equipe que já batia a noite toda. Então, a gente só andava com o relógio por andá, nós pegavo o relógio e largava em cima da mesa. O relógio era levado pro chefe, di manhã, ele abria e via se os horário tava batido, e ele tinha o nome de todo mundo e os horário. Tinha funcionário que não sabia disso (GR2).

As condições precárias de trabalho a que os trabalhadores de enfermagem foram submetidos foram notoriamente destacadas pelos entrevistados. Relataram que era comum encontrar pacientes graves e até mortos nas enfermarias ou nos pátios, principalmente nos meses de inverno. Enfatizaram muitas dificuldades encontradas no cotidiano da assistência, como na hora de administrar a medicação e, principalmente, no atendimento de paciente agitado, por causa do risco que a atividade e o ambiente ofereciam. Pelos relatos, foi possível perceber que os locais em que os doentes mentais eram alojados e os entrevistados exerciam suas atividades eram insalubres, estressantes e representavam alto grau de periculosidade, como pode ser observado na fala abaixo:

Quando dava uma briga à noite no pavilhão, às veis o cara não gritava, e o guarda não podia vê, porque tinha muita gente O pavilhão era grande e o guarda não sabia o que tava acontecendo ali, porque ele ficava na frente do pavilhão. Di veis em quando, ele dava uma retornada lá dentro, pra olhá. Então, quando tinha alguém agitado, tinha que chama o enfermero. Se ele entrasse assim, com uma bandeja cum três o quatro siringa cheia, cumas quatro agulha pra aplicá injeção, naquele que tava pertubando lá dentro, os outro chegavo, e podia até se agredido. Uma veis me déro um pontapé por trás que perdi todas as siringa, só achei depois a cuba (EF1).

Os entrevistados, sem exceção, reiteraram falas que refletiam as péssimas condições de trabalho, as condições insalubres de atendimento, a pobreza e sujeira dos alojamentos, bem como o grande número de pacientes internados, sempre acima da capacidade. Nesse aspecto, **EF1** verbalizou que não havia colchão ou

cama para todos os pacientes e comparou os alojamentos dos pacientes a “cocheiras”:

Tinha enfermaria que tinha cama e outra não tinha nada, era um salão aberto. Então eles ficavo tudo ali, era a mesma coisa que tu chegá numa cochera, assim, sem querê compará eles com os animais, mas era assim como os animal, como uma tropa de gado, tudo misturado.

Um grande número de atividades de enfermagem era executado por poucas pessoas. Segundo os entrevistados, existia em média dois a três vigilantes para cada duzentos pacientes, “*tirando por cima*”, acrescenta **EF2**. “*Tinha uma enfermaria no 3º pavilhão, que tinha setenta cama e dormia duzentos paciente, um por cima do outro*”.

Os entrevistados foram unânimes em relatar o excesso de trabalho e de atividades que exerciam, bem como as precárias condições físicas e estruturais da instituição. Não percebi em suas falas expressão de sofrimento ou ressentimento, mas certa compreensão da situação, como parte do contexto e da época vivida. **VG2** inclusive verbalizou: “*hoje em dia os funcionário tão no céu. Nós trabalhamo no inferno*”, referindo-se à situação atual do hospital, às condições de trabalho, ao número de pacientes e aos trabalhadores existentes. De fato, nos anos que se seguiram após suas aposentadorias, as condições de trabalho e a qualificação pessoal dos profissionais que atuaram nos hospitais psiquiátricos melhoraram, porém não na mesma proporção observada nos hospitais gerais.

Hoje, no IPq-SC, as condições de trabalho estão bastante diferenciadas e o número de funcionários é significativamente superior ao da época retratada. Ainda se convive com sérios problemas em relação às condições de hotelaria, ao tratamento oferecido aos internos e às condições de trabalho desfavoráveis a que os profissionais são submetidos, como excesso de carga horária e sobrecarga de atividades.

A realidade atual da saúde mental no Estado ainda mostra a baixa valorização do doente e dos profissionais que desenvolvem atividades junto a esse setor. Sabe-se que uma assistência de boa qualidade à saúde é uma utopia da qual mantemos ainda uma grande distância. Em relação à saúde mental, a qualidade assistencial esteve historicamente muito mais distante e somente agora, entre o final do século XX e o início do século XXI, começa a dar sinais de melhora, apontando

para a dignidade do portador de doença mental.

5.6 AS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS

Ao recordarem as relações estabelecidas com outras pessoas, os aposentados lembraram daqueles com quem conviveram durante anos, ou seja, colegas de profissão, médicos, religiosas, além dos pacientes.

Das relações que se estabeleceram entre os diversos trabalhadores, muitas delas se estenderam e permaneceram ao longo de suas vidas, formando inclusive laços familiares, pois muitos se conheceram no trabalho e deram continuidade às relações pessoais e profissionais. Ainda lembraram de pessoas com quem estabeleceram relações estritamente profissionais, além de outras, que foram relembradas com pesar e ressentimentos.

Ao se referirem às freiras, alguns entrevistados deixaram claro que o relacionamento não era dos mais amistosos. Estas agiam de forma coercitiva, fazendo com que os trabalhadores e os pacientes estabelecessem com elas uma relação baseada no medo. A qualquer possibilidade de falha ou desagravo, as freiras encaminhavam o funcionário ao diretor para ser demitido. **GR1**, no entanto, assinala: “a gente tinha que se dá bem com elas. “Nóis trabalhava só côs ameaço delas”, fazendo clara alusão às ameaças feitas pelas freiras caso fizessem algum comentário a respeito de suas atitudes.

VG2 reforça esse sentimento:

Não se podia dizê nada, qualquer coisinha elas já mandavo botá na rua, porque as irmã mandavo. Era elas e os diretô sabe comé? O que elas levavo pro diretô, ele assinava. E tinha uma irmã qui era muito ruim, ela batia muito nas paciente. Se a paciente não quiria sai da cama, a irmã tirava a força, de vara, batia, tocava lá pro pátio.

Em relação às irmãs, os aposentados não pouparam comentários ressentidos. **VG1** narra uma situação em que um casal de pacientes estava trocando carícias quando foram surpreendidos:

A irmã viu lá uma paciente agarrada com um paciente, e aí mandou tirá eles e levá pra enfermaria. Mandou fazê choque nos dois. Nós

dissemo qui eles tavo com o estômago cheio, mas ela não quis nem sabê. Davo o choque de estômago cheio mesmo e tudo tinha que ficá em segredo, era tudo tapado, Ai, não era nada descoberto, e se a gente contasse alguma coisa, a gente ia tudo pra rua.

Os entrevistados deixaram transparecer que o ressentimento evidente que demonstraram em relação às religiosas não estava relacionado às precárias condições de trabalho, à periculosidade que a atividade oferecia, ou mesmo ao baixo salário e à grande quantidade de atividades que deveriam executar, mas na forma como tratavam os pacientes e como eram tratados:

Eu lembro que a gente era como uma escrava, porque a gente tava só ali dentro, e não podia saí nem pra dá de mamá prum filho. Eu saía fugida das freras pra amamentá meu filho, mas isto era errado, era ruim. Quando eu me lembro, o meu filho só queria mamá, ele não comia no dia que eu trabalhava. Eu ficava fora um dia e uma noite, e ele não queria comê. Quantas vezes meu seio saía leite, doía, a gente ficava toda ruim (VG1).

Em relação aos médicos, a maioria dos entrevistados manifestou que havia uma relação pautada no respeito e na cordialidade, resultando em um bom relacionamento entre eles. No entanto, alguns fatos descritos demonstram que esse suposto bom relacionamento estava na realidade assentado numa relação de subalternidade e docilidade, tanto em relação aos médicos como em relação às freiras.

A relação de subalternidade fica visível na fala abaixo, quando **GR1** descreve a existência de uma rampa e de uma escada que dava acesso ao segundo piso do prédio, onde ficavam internados os pacientes particulares. De acordo com o entrevistado:

Aquela rampa era toda acimentada e nós tinha que encerá e colocá os tapete. Lá só podia passár os médico e as freras. Nós só podia passá pela escada. Nem o enfermero e nem o chefe passava pela rampa.

Bosi (2006, p. 413) refere que “o que as recordações têm em comum ou em paralelo”, e que nos chama a atenção, “são as diferenças de observações sobre o mesmo fato”, o que explica a diferença na forma com que os entrevistados relataram o mesmo acontecimento.

Embora o relacionamento dos entrevistados com os médicos, inicialmente,

tenha sido descrito como harmonioso, para um revelou-se problemático, conforme relato abaixo:

Ah! os médico a gente nem se conversava, eles não falavam com ninguém. Não havia um médico aqui que fosse assim, mais humano. Nossa! parecia que eles já eram doente quando vinham pra cá (GR2).

Em suas lembranças os aposentados nostalgicamente demonstraram que as relações sociais estabelecidas entre os que pertenciam ao mesmo segmento profissional e social eram marcadas por solidariedade e companheirismo, e enfatizaram ainda que eles se ajudavam na realização de tarefas:

Noís se combinavo, era tudo bem, todo mundo era meu amigo. A gente se dava bem, trocava de plantão. Um ajudava o outro. Se tinha uma paciente muito agitada na cela, que a gente não tinha corage de entrá que era muito perigosa, nós ia chamá os guarda do outro lado pra ajudá a gente, e eles ajudavo nós (VG1).

O relacionamento cotidiano dos vigilantes e dos guardas com os “enfermeiros”, de acordo com as falas, se dava de maneira harmoniosa. Todos os depoimentos levam a concluir que se ajudavam e se respeitavam mutuamente. No entanto, havia entre eles uma relação construída culturalmente por poder e subordinação, pela simples posição hierárquica, e não somente pelo saber.

Conforme foi evidenciado, as pessoas que se diferenciavam no grupo dos trabalhadores, e que eram protegidos politicamente, eram promovidas a “enfermeiro”. Nesse cargo, assumiam funções de chefia e se tornavam responsáveis por algumas atividades consideradas mais complexas. Porém, na ausência do “enfermeiro”, essas funções eram realizadas pelos vigilantes e pelos guardas, demonstrando que a competência para realizar determinados procedimentos estava pautada não em um saber, mas na relação hierárquica, e não havia nada de privativo em seu exercício.

Essa confusão de papéis e competências entre as diversas categorias de enfermagem tem sido alvo de muitas controvérsias e, por vezes, gera insegurança ao enfermeiro por não ter bem definidas, na prática, as funções que lhes são privativas.

A fala abaixo transcrita evidencia o conflito de um dos guardas, que, apesar

de afirmar que havia bom relacionamento com o “enfermeiro”, deixou claro que não aceitava sua suposta superioridade no saber:

A gente se dava bem com os enfermero, mas eles queriu sempre se melhó do que nós, queria mostrá qui sabia (GR2).

A relação de **GR2** com o trabalho no HCS evidenciou-se intensa, quase visceral. De todos os entrevistados, ele parece ser o que reteve mais informações e lembranças do vivido, e suas reminiscências são expressas com sofrimento e rancor. A lembrança dos tempos de **GR2** é amarga, ressentida, demonstrando plena consciência e certeza da exploração sofrida. A tonalidade que ele imprime aos relatos se difere da dos outros depoentes, que se manifestavam com mais serenidade ao lembrar do passado.

Havia também um relacionamento entre os trabalhadores que ultrapassava os muros do hospital e adentrava em suas casas e na comunidade, como já descrito. Muitas festas fizeram história na instituição, como as celebrações das festas juninas e a comemoração do “Jubileu de Prata do Hospital Colônia Sant’Ana”, retratada com muito esmero em um livro encontrado juntamente com outros documentos que foram desprezados.

Bosi (2006) lembra da importância da preservação de fontes históricas para possibilitar à sociedade o reconhecimento de sua identidade, valorizando e estabelecendo referenciais para a construção do futuro.

Infelizmente, existe um desinteresse muito grande por parte de algumas autoridades que, desconhecendo princípios éticos, não adotam uma política de conservação preventiva adequada e abandonam à própria sorte uma parte significativa do patrimônio cultural.

5.7 A PASSAGEM DA ENFERMAGEM LAICA PARA A PROFISSIONAL

Conforme já comentado, em 1971 o HCS passou a ser administrado pela FHSC, uma autarquia vinculada à SES e, conseqüentemente, ao governo do Estado. Com essa nova administração, muitas mudanças aconteceram, tanto no

cenário como na quantidade e variedade de categorias profissionais, que passaram a fazer parte dos recursos humanos da instituição. Foram criadas as equipes multidisciplinares, cujos profissionais eram identificados pelos entrevistados como “os técnicos”. Estes eram os profissionais de nível escolar superior, e os demais trabalhadores eram chamados simplesmente de “funcionários”. Essa referência a esses trabalhadores perpetuou-se na instituição, dando uma falsa conotação de que “ser funcionário” significa pertencer a um escalão hierarquicamente inferior.

Pude constatar a incorporação histórica dessa nomenclatura adotada para distinguir os funcionários dos técnicos no arquivo referente ao Jubileu de Prata, em que médicos, administrador e outras autoridades eram identificados nas fotos com seus nomes e respectivos “Dr”, e os demais trabalhadores como funcionários.

Santos (1994, p. 93) fala da equipe multidisciplinar, que era “constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e acadêmicos auxiliares”. O autor não fala na quantidade de cada um desses profissionais existentes.

O enfermeiro Wilson Kraemer de Paula assinala em seus escritos (BROCHURA S.I.S.D) que iniciou suas atividades no HCS, em 1971, através de um convênio firmado entre a FHSC e a UFSC. Alguns professores prestaram assessoria técnica aos hospitais e entidades de saúde conveniadas com a UFSC.

No HCS, o enfermeiro Wilson Kraemer passou a se dedicar principalmente ao recenseamento dos pacientes e à modificação das condições de alojamento, fechamento de espaços de reclusão dos pacientes, entre outras medidas.

Borenstein, Althoff e Souza (1999, p. 115) falam dessa parceria entre a UFSC e a FHSC e assinalam que, nos primeiros cinco anos, a maioria das consultorias foi prestada em “decorrência dos convênios firmados para atualização dos hospitais como campo de estágio prático”. As autoras destacam alguns projetos em que houve a participação efetiva dos professores da Faculdade de Enfermagem da UFSC, como no caso da assessoria prestada ao HCS pelo “professor Wilson Kraemer de Paula, o qual participou do início da organização do Serviço de Enfermagem, e de estudos para a melhoria da assistência” nessa instituição.

No entanto, os entrevistados, ao falarem das mudanças a partir da administração do hospital pela FHSC, identificaram o nome de outros enfermeiros e não citam o nome do enfermeiro Wilson. Somente **GR1** informou que esse enfermeiro passou a trabalhar no hospital, bem depois de outras enfermeiras.

EF1 referiu lembrar-se que o professor Wilson de fato trabalhou na

instituição, e que inclusive gostava dele. No entanto, sua memória registrou mais intensamente os fatos acontecidos em relação à enfermeira que o trocou de função. A troca de suas funções significou para **EF1** um rebaixamento do posto que ocupava. Transcrevo a seguir a narrativa de seu sofrimento ao ser retirado de suas funções de “enfermeiro”:

Quando entrô a enfermera chefe, ela me trocô de serviço, e eu não gostei. Fui trabalhá numa enfermaria e antes eu atendia todas as enfermarias. Eu achei aquilo horrível, eu fiquei apavorado, não era serviço que eu fazia. Eu não ia mais sê enfermero, ia sê igual os vigilante. Ia fazê igual todo serviço que ele fazia, limpeza do paciente, cuidá do paciente, dá comida. A injeção, eu não ia fazê mais. Quem passou a fazê as injeção foi outra equipe que eles botaro. E daí, muitos amigo meu também saíro. Ficaro tudo loco, e eu fiquei deprimido. Fui embora e mi aposentei por invalideis.

Outro entrevistado também fala da mudança:

*Quando a colona passou pra Fundação eu trabalhei ainda com a enfermera S, com a enfermera B, com a enfermera V e J, e co a enfermera M. Aí depois eu me aposentei (**GR1**).*

Com a administração da FHSC, os trabalhadores do HCS, que até então eram regidos por regime trabalhista estatutário⁴⁵, tiveram de optar entre permanecer com esse vínculo ou passar a ser regidos pelo sistema de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), principal norma legislativa brasileira referente ao direito do trabalho.

A entrada do enfermeiro e as mudanças no regime de trabalho caracterizaram-se em uma adversidade para alguns dos entrevistados, que relataram dificuldades em se adaptar às novas funções e ao novo regime, culminando, como no caso de **EF1**, com sua saída do hospital:

Quando a Fundação entrô, eu não quis passá pra Fundação. Eles me chamáro e me dissero: ó! agora os funcionário público do Estado, vão passá pra CLT. Tu vais ganhá melhó. Mas eu disse que eu não queria. O hospital naquela época mudou muito, e aí eu fui embora.

Outros entrevistados, como **GR1**, por exemplo, conseguiram se integrar à

⁴⁵ Relativo a ou contido em estatuto(s); disposição estatutária. Diz-se do funcionário cujo vínculo empregatício é regido por estatuto próprio do poder público a que serve. Funcionário estatutário. (FERREIRA, 2004, p. 717).

nova realidade. Na fala abaixo, parece evidente que houve a valorização do conhecimento adquirido em sua prática.

Quando eu me aposentei eu trabalhava junto com aquela turma nova que tinha entrado, andava aí ensinando elas, como é que fazia a limpeza, como fazia isso, aquilo. A enfermeira B e a Enfermeira S. me botaro como chefe deles. Mas ela dizia:ó! o Sr. não vai fazer mais nada, o sr. tá cansado (GR1).

GR2 parece compreender essa nova concepção de trabalho, valorizando o conhecimento qualificado como desencadeador do processo de mudanças.

Quando o hospital passou pra Fundação, a direção fez que todo mundo, passasse a ser da enfermagem; os vigilante, os guarda e o enfermeiro e aí, tudo era atendente. Foi nessa época que o Hospital começou a melhorar, depois que chegou a enfermeira padronizada, que até então não tinha, e organizo o hospital. Aí, muitos dos meus colegas saíram que não gostavam do trabalho, por causa que deixaram de ser enfermeiro, eles não queriam ser atendente, mas eu continuei.

Depois que entrou a Fundação, o hospital melhorou cem por cento pro paciente, pro funcionário, pro técnico, e pro enfermeiro. Quando eu entrei, era um depósito de doente mental. Depois é que se transformou, e aí, veio o pessoal técnico (VG1).

Percebe-se nas falas dos entrevistados que de fato houve um impacto na assistência de enfermagem no HCS com a entrada do enfermeiro. A partir daí, iniciou-se uma articulação progressiva entre o saber científico e prático e o saber leigo, todos possibilitadores de reconhecimento, incorporação e apropriação.

O fim da enfermagem laica tem sido uma luta de várias entidades representativas e de vários agentes da categoria. Nessa luta, está inscrita a concepção do ser humano e as tecnologias que foram ou são desenvolvidas para alcançar os objetivos de cuidar e ampliar o entendimento do processo saúde-doença. Essa luta se faz necessária em todos os espaços em que se desenvolve a enfermagem e, de modo especial, na enfermagem em saúde mental, para que prime pela melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental.

6 REFLEXÕES SOBRE O VIVIDO

Ao me propor realizar esta pesquisa, não imaginei que a tarefa seria tão prazerosa. Tinha plena consciência da necessidade de ampliação técnica e científica de meus conhecimentos, o que busquei e recebi nas cadeiras curriculares do curso de mestrado, no GEHCES, com minha orientadora e com amigos verdadeiros. No entanto, não tive a percepção exata de que esta experiência me proporcionaria tantas emoções, comprometimentos, carinho, amizade, enfim, tanta troca afetiva, parceria e aprendizado.

Minha entrada para o mestrado ocorreu logo após minha transferência para o IPq-SC. Apesar de morar próximo à instituição, pouco sabia da especificidade psiquiátrica e de sua história. Mantinha contato frequente com pessoas da comunidade e também com as que trabalhavam na instituição, e, como assinalei, compartilhava conversas e já me sentia atraída e curiosa por essa área assistencial.

Concomitante ao desenvolvimento de minhas atividades assistenciais, passei a estudar a história da psiquiatria, da instituição, incluindo as práticas de cuidado e tratamento, os trabalhadores de enfermagem, os pacientes e suas patologias.

Essa incursão histórica e científica representou a ponte para compreender muitas coisas, não só na assistência mas também na comunidade, como aquelas perguntas que formulei no início deste estudo e que motivaram sua realização:

Por que estas pessoas começaram a trabalhar na psiquiatria? Por que haviam procurado este emprego? Qual era a formação e perfil destas pessoas? Por que foram trabalhar na enfermagem? Que práticas eram exercidas por estes trabalhadores? Como eram as relações entre os trabalhadores que lá atuavam? Como se davam as relações entre os pacientes e trabalhadores? Como se caracterizavam as condições da jornada de trabalho? Como era a realidade dos pacientes? Como esses trabalhadores percebiam os pacientes?

Foi procurando compreender o trabalho iniciado na enfermagem do HCS que busquei no passado as respostas que contribuiriam para desvelar o cotidiano dos trabalhadores da enfermagem no HCS, no período de 1951 a 1971, a partir das reminiscências de um grupo de trabalhadores aposentados.

Por que utilizei a expressão *reminiscências*, e não um de seus sinônimos – *lembrança* ou simplesmente *memória* –, para tentar historicizar esse cotidiano? Porque, na busca de um referencial para apoiar meus estudos, me encantei com os escritos de Bosi (2006) e com o termo *reminiscências* para narrar a memória dos velhos e de seus trabalhos.

Para Bosi (2006, p. 89) reminiscência “é uma espécie de iniciação, como a revelação de um mistério”. Tal como a autora, fui cavoucando as reminiscências dos velhos trabalhadores aposentados, buscando desvelar esse cotidiano.

Recontextualizando esse começo, passo então a analisar o percurso deste trabalho de base histórica, na qual a técnica de história oral foi a estratégia fundamental para alcançar os objetivos propostos.

A história oral permitiu que a memória de quem vivenciou as histórias de vida carregadas de sentido, significados e emoções, em certo período de tempo, fosse resgatada. Seus testemunhos se transformaram em documentos importantes para a história do HCS.

Foram realizadas seis entrevistas, e cada uma delas foi especial, única, mesmo que em muitos momentos suas histórias se parecessem e se entrecruzassem. Os entrevistados demonstravam felicidade por poderem narrar suas histórias. Cada encontro pareceu um momento de festa, eles se apresentavam bem vestidos, a casa arrumada, ansiosos pelo depoimento, e no fim de cada entrevista me serviam um delicioso lanche, que acompanhava a conversa, que informalmente fluía com a participação de outros familiares.

As entrevistas ocorreram de forma tranquila. Já conhecia os entrevistados, mas nenhum contato anterior poderia ser comparado com aqueles momentos. A confiança entre nós e o clima de cordialidade se tornavam transparentes decorridos os primeiros minutos. O clima ficava familiar, e, como Bosi (2006) referiu, a partir de um toque sutil se estabelecia uma empatia mágica entre narrador e ouvinte, e se fazia possível o resgate da memória.

Em certos momentos, dependendo da pergunta, os entrevistados demonstravam apreensão e tristeza, e em outros expressavam alegria, nostalgia e, possivelmente, outros sentimentos que não pude perceber.

Entre as circunstâncias que me comoveram, posso citar uma. Ao chegar para fazer a entrevista na casa de um dos aposentados, este já estava me aguardando, segurando um papel protegido por um saco plástico. Abriu lentamente

com suas mãos calejadas e trêmulas, e com muito cuidado, sorrindo, mostrou-me a certidão de sua aposentadoria, ocorrida em 1980. Parecia estar mostrando um tesouro, um troféu por um grande feito no passado.

Todas as falas foram gravadas, porém em algumas ocasiões os entrevistados pediram que eu desligasse o gravador. Nesses momentos, “confessavam” coisas que julgavam graves e tinham receio de divulgar. Porém, apesar de ter sido uma conversa reveladora, pela confiança, ética e respeito ao entrevistado essas falas não foram gravadas, tampouco transcritas ou sequer comentadas. Eu me tornava cúmplice de suas revelações, e a neutralidade desta pesquisa deixava de existir.

O pedido para desligar o gravador me levou a compreender o motivo pelo qual os participantes se recusaram a ter seus depoimentos identificados. Porém, não consigo deixar de pensar o que ainda os fazia temer a possibilidade de serem reconhecidos. Será que o temor é por seus familiares que ainda lá trabalham?

Para historicizar o cenário, selecionei as falas que se referiram ao ambiente. Assim, me vali principalmente das fontes documentais para compor uma narrativa permeada pelas fotos e evidências históricas, que confluíam com as reminiscências dos entrevistados. Suas falas davam vida às fotos inertes e reforçavam os documentos pesquisados.

A história documental evidenciou a morosidade com que o projeto de construção do HCS levou para sair do papel, passando por vários governos. A história oral evidenciou a morosidade no reconhecimento de a especialidade psiquiátrica ser abarcada pela enfermagem profissional.

Todos os entrevistados iniciaram seu trabalho ainda jovens, motivados pela pobreza familiar, e foram contratados da mesma maneira: beneficiados pela política clientelista. Esta não se manifestava somente na contratação de pessoas para trabalhar no hospital, mas também nos ganhos secundários, como oferta de casa, alimentação, transporte, pagamento de água e luz, além de atendimento médico e medicamentos.

Parece evidente que se os trabalhadores, inclusive os entrevistados, não recebessem alguns privilégios, não permaneceriam tanto tempo naquela ocupação. O trabalho era duro, a carga horária era pesada, as condições de trabalho eram precárias, havia um rígido controle das atividades e das pessoas, além de atenderem uma clientela excluída socialmente e de difícil abordagem. Prestavam um

“grande serviço à sociedade, cuidando e trancafiando os indesejáveis”, e, no entanto, eram submetidos às condições desumanas de trabalho e recebiam baixos salários. Essa condição repercutiu claramente em suas vidas, de forma que, dos seis entrevistados, três se aposentaram por invalidez decorrente de doença mental.

A inserção desses trabalhadores nessa instituição não se diferenciou do que ocorre em outros hospitais colônias do país, de acordo com a bibliografia pesquisada e já comentada. A política dessas instituições seguiu o mesmo modelo asilar preconizado na época.

Constataram-se baixa escolaridade e ausência de formação escolar dos entrevistados, mesmo os que assumiam as atividades mais diferenciadas hierarquicamente. A formação específica para atuar na área de enfermagem não era exigida, não havia capacitação formal e os trabalhadores aprendiam no cotidiano da assistência. Essa foi uma marca imprimida pela enfermagem do HCS que perdurou por longos anos, criando-se uma relação histórica com o “cuidado” laico, que nos primórdios do século XXI ainda mostra seus efeitos.

Os entrevistados pertenciam a categorias distintas, no entanto, na descrição de suas atividades, ficaram evidentes a mistura de funções exercidas e até a confusão na definição de quem era responsável de fato por determinada atividade. Essa situação me levou a pensar sobre o fazer atual do enfermeiro e dos demais integrantes da equipe de enfermagem. Apesar da exigência de formações distintas e da definição das competências determinadas por lei, na prática a confusão de funções permanece até os dias atuais.

Pude verificar como o excesso de atividade e responsabilidade que são delegadas aos profissionais de enfermagem na área hospitalar psiquiátrica tem suas raízes históricas. Os entrevistados reiteraram a superlotação constante, a ausência de padrões mínimos para se prestar assistência, números exíguos de trabalhadores para cuidar e, ainda a submissão para realizar procedimentos que extrapolavam sua competência e formação, além da dominação das religiosas e dos médicos.

Os entrevistados falaram com orgulho de seu trabalho, se esmeraram na descrição de suas atividades, seus olhos brilhavam ao falarem de seus descendentes que também seguiram seus caminhos. Essa relação perpetuada do parentesco existente entre os trabalhadores do HCS extrapola a questão da vocação e se mantém no tempo como uma herança.

A forma como os pacientes foram asilados e submetidos ao trabalho sob a

falsa noção de reabilitação foi ingenuamente absorvida pelos entrevistados como algo benéfico. Porém, as fontes documentais e bibliográficas me fizeram ver outro viés dessa prática, a saber, a lucratividade que a loucura rendeu para o poder público.

A história contada pelos aposentados de enfermagem do HCS ampliou o conhecimento de seu passado e possibilitou compreender o contexto e as práticas adotadas naquela época. Considero que essas narrativas ofereceram algumas informações valiosas, articulando a memória individual e a coletiva como estratégia de reconhecimento do trabalho realizado pelos trabalhadores que antecederam a enfermagem profissional.

Reconhecer o relato dos velhos como fonte privilegiada na construção da história significa colocar no centro da cena homens e mulheres comuns, anônimos e que, de forma singela, fizeram parte da história da enfermagem em Santa Catarina.

Finalmente, ao escrever esta história percebi como os trabalhadores de enfermagem que fizeram parte dela construíram os seus saberes no cotidiano e desempenharam, por um longo período, um trabalho que se manteve silencioso e invisível, mas que sem dúvida nenhuma deixou marcas e repercutiu nos rumos da enfermagem no Hospital Colônia Sant'Ana até os dias atuais.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC, EAD/DIOCRUZ, 2003.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 136 p.

AREJANO, Ceres Braga ; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza . Cuidar sim, excluir não. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 72-91. 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, jul. 1999.

BASÁGLIA, Franco. **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1991.

BATISDE, Roger. **Sociologie des maladies mentales**. Paris: Flammarion, 1965.

BENOSKI, Diego Albino. **A loucura controlada**. Poderes e influências da administração da Colônia Santana. Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de História da UFSC/CFCH. Florianópolis, 2002.

BOABAID, José. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Imprensa Oficial, [1949].

BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia Jurema Leoni. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul. 2005. Disponível em: <[http:// www.emtese.ufsc.br](http://www.emtese.ufsc.br)>. Acesso em: 15 abr. 2008.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind; RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida ; PEREIRA, Valdete Preve. Hospital Colônia Sant'Ana: historicizando a enfermagem e os pacientes (1941 a 1960) In: BORENSTEIN, Miriam Süsskind (Org.). **Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas (1940 – 1960)**. Florianópolis: Assembléia Legislativa de Santa Catarina, 2004. p. 49-61.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 665-669, 2007.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind; ALTHOFF, Coleta Rinaldi; SOUZA, Maria de Lourdes. **Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias, 1969-1999**. Florianópolis: Insular, 1999. 340 p.

BORNHAUSEN, Irineu. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa**. Florianópolis: Imprensa Oficial, [1956].

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de Velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BRASIL. Lei 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun.1986. Seção I, p.9273-9275.

BURKE, Peter. **A escrita da história**. 2. ed. São Paulo: UNESP, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

COSTA, Eliani; BORENSTEIN, Miriam Süsskind . Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermagem psiquiátrica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 163-170, 2004.

COSTA, Eliani. **Problematizando para humanizar**: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica. 2002. 157f. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **História oral e narrativa**: tempo, memória e identidades. **Revista História Oral**, Recife, n. 6, p.9-25, jun. 2003.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FARIAS, Vilson Francisco de. **São José**: 250 anos: natureza, história e cultura: para o ensino fundamental. 2. ed. Florianópolis: Ed. Do autor, 2001. 312 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda . **O Dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. rev e atual. Curitiba: Positivo Editora, 2004. 1 CD-ROM.

FONTOURA, Arselle Andrade da. **Por entre luzes e sombras**: Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço da loucura. 1997. 160f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em História, Florianópolis, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. **História da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. **A Prática de enfermagem psiquiátrica**: subordinação e resistência. São Paulo: Cortez, 1993.

GEOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Editora Centauro, 2004.

KESSEL, Zilda. **Memória e memória coletiva**. Disponível em:

<<http://www.memoriaeducacao.hpg.ig.com.br>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, p.19-30, maio 1997.

_____. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50**. 1994. 361 f. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1994.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 5. ed. São Paulo: Ed. da UNICAMP, 2003.

MAIS um notável melhoramento. **A Gazeta**, Florianópolis, 12 nov. 1941.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MELO, Marcos Costa. **Ser ou não ser "louco" é a questão: relações crime-loucura**. 2004. 138f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em História, 2004.

_____. **O Estado e a loucura: da trajetória à concretização da Colônia Santana (1905-1951)**. Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de História da UFSC/CFCH. Florianópolis, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hubitec, 2004.

OGUISSO, Taka. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Manole, 2007. (Série Enfermagem).

OLIVEIRA, Carlos Eduardo França de. **Narrativa e conhecimento histórico: alguns apontamentos**. Disponível em: < <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2008.

PADILHA, Itayra Coelho de Souza. **A mística do silêncio - a prática de enfermagem**

na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. 1997. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1997.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. Grupo de Estúdios para el desarrollo da la Historia del Conocimiento de la Enfermería (GEHCE). **Temperamentvm**, Granada/Espanha, n.5, set. 2007. 2 páginas. Disponível em: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn5t1067.php>>. Acesso em: 22 abril 2008.

_____. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575 – 584, out./dez. 2005.

PAULA, Wilson Kraemer de. **O canto do cisne**. Florianópolis, [s.n.],[199-?].

PEREIRA, Valdete Preve. **Iluminando as vivências de mulheres portadoras de transtornos psíquicos que moram em uma residência terapêutica**. 2003. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2003.

PIAI, Aldecir José. **A presença das Irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Santana de 1941 a 1992**. Brusque, 1997. Monografia apresentada á Escola de Estudos Sociais da Fundação Educacional de Brusque.

POLIT-O'HARA, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

PORTO, Fernando; AMORIM, Wellington (Org.). **História da enfermagem brasileira**. Lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro: Ed. Água Dourada, 2007.

RAMOS, Nereu. **Relatório apresentado ao Exmo Presidente da República**, pelo Dr. Nereu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Imprensa Oficial, [1944].

_____. **Relatório apresentado ao Exmo Presidente da República**, pelo Dr. Nereu Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Imprensa Oficial, [1942].

_____. **Relatório apresentado ao Exmo Presidente da República**, pelo Dr. Nereu

Ramos, Interventor Federal no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Imprensa Oficial, [1939].

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SAEKI, Toyoko; REINALDO, Telma Bonifácio dos Santos. O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 2, p. 65-70, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 out. 2008.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, 2001. In: TUNDIS, Silvério Almeida ; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis : Vozes, 2001. p. 15-76.

ROCHA, Ruth Myllus. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Editora Te Cora, 1994.

SANNA, Maria Cristina. **Histórias de enfermeiras gerentes**. Rio de Janeiro: Editora da Escola Anna Nery/UERJ, 2002.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SANTAELLA, Antônio. **Relatório encaminhado ao Governo do Estado**: Florianópolis: Imprensa Oficial, [1952].

_____. **Relatório encaminhado ao Governo do Estado**: Florianópolis: Imprensa Oficial, [1951].

SERRANO, Alan Índio. **Guia dos serviços públicos e comunitários de Santa Catarina**. Florianópolis: Secretaria do Estado de Santa Catarina/IOESC, 1998.

SILVA FILHO, João Ferreira. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4. ed. Petrópolis : Vozes, 1987. p. 76.

SILVA, Alcione Leite da; ARRUDA, Eloita Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto & Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82 – 89, jan./jun. 1993.

SILVA, Jaqueline da. **Vizinhos da loucura: a ação institucional da Colônia Santana junto à comunidade que cresceu às suas margens.** Monografia apresentada ao Departamento de História da UFSC/CFCH. Florianópolis, 2001.

STEFANO, Leizy Regina Fracasso. **Representações de professores e alunos sobre a pesquisa escolar: a leitura crítica, a escrita autônoma e a formação do conhecimento.** 2005. Dissertação (Mestrado em Letras)- Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Letras, Maringá, 2005.

STERN, William. Psicologia general. In: BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de Velhos.** São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

STUART, Gail Wiscarz ; LARAIA, Michele Teresa. **Enfermagem psiquiátrica.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo. **A poética do cuidar na enfermagem psiquiátrica.** Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. Produção SENAI.

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e poder.** Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.

TELES, Edson Luis de Almeida. Passado, memória e história: o desejo de atualização das palavras e feitos humanos. **Revista Acadêmica Multidisciplinar Urutágua (UEM)**, Maringá, v. 3, n. 3, 2002. Disponível em :<<http://www.urutagua.uem.br>>. Acesso em: 20 mar.2008.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinho**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25 -59, jan./abr. 2002.

THOMPSON, Paul. **A Voz do passado: história oral.** 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Formação do atendente de enfermagem no Brasil: um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 62-73, 1990.

WOOD, Geri LoBiondo; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I Dados de Identificação:

- 1 - Nome:
- 2 - Idade:
- 3 - Filiação:
- 4 - Estado Civil:
- 5 – Natural:
- 6 - Local de residência da época e atual:
- 7 - Escolaridade da época e atual:

II Dados profissionais e condições de trabalho:

1. Qual a data de sua admissão, como ocorreu seu ingresso no HCS?
2. Quem era o Diretor?
3. Quem era o responsável pelo Serviço de Enfermagem?
4. Em que local passou a trabalhar?
5. Quem vocês atendiam?
6. Que práticas realizavam? Como era a assistência prestada?
7. Com quem aprendiam as atividades?
8. Quem eram as pessoas que lá atuavam?
9. Como eram as relações com a equipe médica?
10. Como eram as relações com outros atendentes/vigilantes?
11. Como eram os pacientes?
12. Quais os aspectos mais importantes que ocorreram na época?
13. Como eram tratados?
14. Como eram as condições de trabalho?
15. Como eram o horário, as férias, o salário e as folgas de trabalho?
16. O que você gostaria de falar a respeito?

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Maria Espíndola Koerich, Enfermeira, Mestranda do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, venho por este meio convidá-lo(a) a participar do estudo, denominado de **HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: REMINISCÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM (1951 - 1971)** que tem por objetivo **historicizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de 1951 a 1971 a partir de suas reminiscências.**

A justificativa deste estudo está fundamentada na importância de contribuir com a construção do conhecimento da enfermagem psiquiátrica em Santa Catarina.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uma abordagem sócio-histórica, que será desenvolvida ao longo do ano de 2008. A proposta será concretizada utilizando a história oral e através da realização de entrevistas semi-estruturadas, em que se seguirá um roteiro previamente estabelecido. Fica garantido o anonimato dos participantes e o direito de desistir do projeto em qualquer momento. Também não existe nenhum risco associado que comprometa a sua integridade física, emocional, ética e espiritual. Os procedimentos inerentes à implementação do projeto requerem a sua autorização para gravação das falas em gravador digital e obtenção de fotografias.

Para qualquer dúvida ou para esclarecimento adicional, tratar com a mestranda, através do telefone: (48) 3278-0167 e/ou e-mail: anamariak@nfr.ufsc.br ou com sua orientadora Prof.^a Dra Miriam Süsskind Borenstein através do telefone: (48) 9911- 8543 ou e-mail: miriam@nfr.ufsc.br .

Consentimento Pós-Informado

Eu, _____, declaro que fui informado (a) sobre os objetivos, propósitos e procedimentos inerentes a este estudo e que recebi, de forma detalhada, todas as explicações inerentes à confidencialidade das informações e direito de desistir em qualquer fase do processo de investigação, assim como fui assegurado da impossibilidade de que qualquer informação possa ter repercussão em minha atividade profissional. Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto e autorizo a gravação das minhas falas, a obtenção de fotografias e a exposição das mesmas.

Nome por extenso: _____

Local: _____ Data: ____ de _____ de 2008

Assinatura do Participante e RG: _____

Endereço Residencial: _____

Telefone: _____

APÊNDICE 3 – Carta de Cessão de Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

CARTA DE CESSÃO DE ENTREVISTA

Eu, _____, estado civil _____, portador(a) da carteira de identidade nº. _____, declaro, para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada para leitura e inclusão no trabalho de Dissertação de Mestrado da Enfermeira Ana Maria Espíndola Koerich podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada a terceiros, ficando vinculado o controle a esta mestranda e seu grupo de pesquisa (GEHCES).

Abdico assim dos meus direitos sobre a entrevista, abdicação que alcança também meus descendentes.

Subscrevo-me atentamente.

Florianópolis, ____ de _____ de 2008.

ANEXOS

ANEXO 1



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Projeto nº.....

I – Identificação

Título do Projeto: HOSPITAL COLÔNIA SANTANA: MEMÓRIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM (1950 A 1970)

Pesquisadora Responsável: Miriam S. Borenstein
Pesquisadora Aluna: Ana Maria Espíndola Koerich

Instituição onde se realizará: IPq-SC

Data de apresentação ao CEP/IPq: 08 de julho de 2008

II – Objetivo:

Objetivo Geral: Historicizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de 1950 a 1970, através de suas memórias.

Objetivos específicos: 1) Identificar os motivos e a forma de inserção dos trabalhadores de enfermagem no HCS; 2) Identificar quais eram as práticas de enfermagem efetivamente realizadas pelos trabalhadores no HCS; 3) Identificar quais as fortalezas e fragilidades vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de estudo

III – Sumário do Projeto:


O projeto de pesquisa da Mestranda de enfermagem da UFSC trata-se de proposta a ser desenvolvida na Pós Graduação de Enfermagem-UFSC, configurando-se em dissertação de mestrado. Trata-se de pesquisa histórica que poderá vir a contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem de modo geral, e em particular, com a enfermagem psiquiátrica catarinense, oportunizando maior visibilidade desta. Constituir-se-á em uma fonte histórica para pesquisadores com interesse na história da enfermagem psiquiátrica, com a produção científica, para o acervo do GEHCE/UFSC, e outros pesquisadores e para o ensino da enfermagem brasileira. Termo de consentimento livre e esclarecido e Roteiro de Entrevista, presentes no projeto e atendendo as preconizações da Portaria 196/96.

IV – Comentários do(s) relator (es) frente à Resolução CNS 196/96 e complementares:

O presente protocolo de pesquisa está em consonância com as exigências da resolução 196/96, proponho aprovação sem pendências.

RELATORES


Kátia M.M. Gerent


Rosemary A. Lentz

São José, 08 de julho de 2008

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO *Nº 154*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

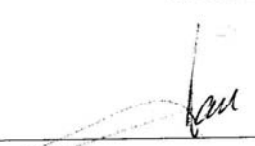
PROCESSO: 182/08 FR- 204235

TÍTULO: Hospital Colônia de Sant'ana: memórias dos trabalhadores de enfermagem (1950-1970).

AUTORES: Miriam Süskind Borenstein e Ana Maria Espíndola Koerich.

DPTO.: CCS

FLORIANÓPOLIS, 28 de julho de 2008.



Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO 3

ANEXO 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Departamento de Projetos e Extensão

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 182/08

I – Identificação:

Data de entrada no CEP: 14/07/2008

Título do Projeto: Hospital Colônia Santana: Memória dos Trabalhadores de Enfermagem (1950 A 1970)

Pesquisador Responsável: Dra. Miriam Süskind Borenstein

Pesquisador Principal: Ana Maria Espíndola Koerich

Propósito: Projeto de Qualificação do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Instituição onde se realizará: Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - São José, SC

II- Objetivos: Geral: historicizar o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de 1950 a 1970, através de suas memórias.

Específicos: Identificar os motivos e a forma de inserção dos trabalhadores de enfermagem no HCS; Identificar quais eram as práticas de enfermagem efetivamente realizadas pelos trabalhadores no HCS; Identificar quais as fortalezas e fragilidades vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem no HCS, no período de estudo.

III- Sumário do Projeto: Os autores pretendem, para atingir os objetivos propostos deste estudo, utilizar uma pesquisa histórica tendo a memória como referencial teórico e a história oral como técnica de coleta de dados. Para tanto, este estudo tem como proposta metodológica realizar uma pesquisa qualitativa com abordagem histórica. Os entrevistados serão selecionados, levando-se em consideração os seguintes critérios: 1) Possuir uma boa memória sobre o desenvolvimento da enfermagem e sobre o HCS no período do estudo, 2) Possuir disponibilidade de tempo e interesse em participar finalmente, 3) Aceitar participar da investigação. A coleta de dados será realizada no IPQ (antigo HCS) utilizando seus arquivos, prontuários, relatórios, e entrevistas com os aposentados em suas residências. As fontes a serem utilizadas na coleta de dados serão: as fontes orais e as documentais.

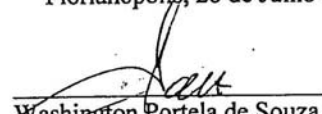
IV- Comentários: Este estudo atende a todos os requisitos éticos e tem relevância social e acadêmica. O pesquisador responsável tem a qualificação plenamente demonstrada curricularmente e a documentação exigida está presente, inclusive com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) adequadamente escrito.

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente projeto, assim como o TCLE, sejam aprovados por este Comitê.

APROVADO (X)

Data da Reunião:

Florianópolis, 28 de Julho de 2008.


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP SH.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.