

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

ELIANI COSTA



**HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: O SABER/PODER DOS
ENFERMEIROS E AS TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS
(1971-1981)**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

ELIANI COSTA

**HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA:
O SABER/PODER DOS ENFERMEIROS E AS
TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS
(1971-1981)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como exigência parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

C837h Costa, Eliani

Hospital Colônia Sant'Ana [tese] : o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981) / Eliani Costa ; orientadora, Miriam Süsskind Borenstein. - Florianópolis, SC, 2010.

299 p.: il., figuras, quadro

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Hospital Colonia Santana - História. 2. Enfermagem - História. 3. Enfermagem psiquiátrica. 4. Psiquiatria. I. Borenstein, Miriam Süsskind. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ELIANI COSTA

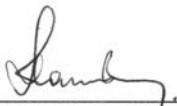
**HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: O SABER/PODER DOS
ENFERMEIROS E AS TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS
(1971-1981)**

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

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 24 de agosto de 2010, 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.**

Orientadora: Dra. Míriam Süsskind Borenstein



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

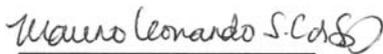
Banca Examinadora:



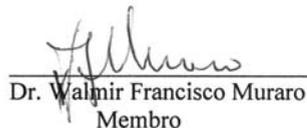
Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



Dra. Maria Angélica A. Peres
Membro



Dr. Mauro L. S. C. dos Santos
Membro



Dr. Walmir Francisco Muraro
Membro



Dra. Maria Inayra Padilha
Membro

Dedicatória

Dedico esta tese ao meu neto Leonardo Felipe Costa de Souza que foi gerado e nasceu em meio a este processo de construção. Que este registro sirva de inspiração para tua formação como ser humano e que te inspire a lutar por teus sonhos. Teu existir trouxe grande alegria ao meu viver.

AGRADECIMENTOS

A construção desta tese me reservou um caminho de intensas vivências proporcionadas por múltiplos sentimentos, como solidão, medo, cansaço, impotência, mas também, crescimento, cumplicidade e alegria. É como um navegador que define suas rotas calibra seus instrumentos e parte rumo a mais uma viagem.

Foi com a colaboração de muitas pessoas que finalmente consegui concluir este percurso, e ao nomear algumas, certamente estarei fazendo injustiça a alguém, mas neste momento não posso deixar de fazer algumas referencias.

Começo pela minha grande amiga, **Enfermeira Ana Maria Espíndola Koerich**, “parceiraça” incondicional, que esteve comigo durante toda esta caminhada, sofreu e vibrou comigo cada momento desta construção. Gostaria de poder encontrar palavras que pudessem melhor expressar tudo o que sinto, mas só consigo dizer que jamais te esquecerei e deixo aqui meu eterno reconhecimento e gratidão.

Aos **enfermeiros e enfermeiras** do IPq-Sc, meus companheiros de trabalho, muito obrigada por todo o apoio recebido, pelas inúmeras trocas de plantão, por segurarem meus atrasos, e por toda a solidariedade que tiveram comigo para que eu pudesse concretizar mais este projeto de vida.

A Direção do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, representada pelo **Dr. Tito Lívio Soares** e a Gerente de Enfermagem **Enfermeira Vera Lúcia Deomário**, sou eternamente grata por toda consideração e confiança em mim depositadas e pelo apoio recebido, sem os quais seria impossível concluir esta pesquisa.

Aos **funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística e do Setor de Recursos Humanos do IPq-SC**, agradeço toda a ajuda recebida, principalmente na fase de coleta de dados, localizando e me disponibilizando as fontes documentais.

Aos **colegas do GEHCES-UFSC** por compartilharmos tantas trocas afetivas, de saber e respeito, a minha eterna consideração pelo apoio, colaboração e incentivo recebido nesse período.

Aos **funcionários da PEN/UFSC**, em especial, a secretária **Claudia Crespi Garcia**, minha admiração e carinho por sua competência, responsabilidade e zelo em tudo o que faz.

Aos **professores da PEN/UFSC** que comigo compartilharam descobertas, experiências e saberes estendo os meus sinceros agradecimentos, respeito e carinho.

Quanto a minha orientadora, **Enfermeira Miriam Süsskind Borenstein**, a quem poderia chamar de professora, doutora, pesquisadora, entre tantos outros títulos alçados em sua brilhante carreira profissional, prefiro chamar de amiga, pois além de sua inesgotável paciência e orientação cuidadosa, colocando-me em condições de atingir os objetivos, mais uma vez me acolheu e me incentivou em todas as fases de realização deste trabalho. Muito obrigada pela condução segura, competente e solidária.

À Professora **Doutora Maria Itayra de Souza Padilha**, que muito contribuiu com seus comentários e sugestões fundamentais de referências para este estudo também estendo meu carinho e agradecimento.

À amiga **Enfermeira Rosani Ramos Machado** que juntas trilhamos a carreira em vários cursos de Pós Graduação, da especialização ao doutorado, quero registrar que nossa parceria foi essencial nesta caminhada, e deixo contigo meu carinho e admiração.

Aos **amigos Eugenia Maria Machado e o Geovani Pereira**, amigos do IPq-SC, meu especial carinho pela cumplicidade e ajuda. Contem comigo.

Agradeço a todos os **meus parentes e amigos** que compreenderam minha ausência em muitos momentos de convívio social.

Aos **meus pais** a quem devo minha existência, agradeço os valores passados em minha educação, centrados no amor, disciplina e ética, os quais solidificaram minha trajetória de vida.

Ao **meu amado esposo, José Francisco Bernardes**, cúmplice de meus projetos, indispensável apoio em toda a minha caminhada, e que mesmo nos muitos momentos de abandono, teve maturidade e compreensão para continuar me incentivando. O que posso te dizer a não ser que te amo hoje e sempre.

À **minha filha, Emiliane Costa**, que nesses quatro anos de doutorado, terminou sua faculdade, namorou, noivou, casou e se tornou mãe, agradeço teu existir, teus feitos e teu amor. Te amo filha.

Aos **entrevistados** que com suas reminiscências tornaram possível esta pesquisa, deixo aqui o registro de minha imensa admiração, respeito e carinho. Tomo a liberdade, de neste momento falar por aqueles que tiveram suas falas sufocadas na história: os portadores de doença mental do antigo Hospital Colônia Sant'Ana, e dizer muito obrigada pelo trabalho que desenvolveram e pelos legados que deixaram. Espero que este relato histórico sirva de reflexão para aqueles que na atualidade, vêm construindo uma nova realidade para quem precisa da assistência psiquiátrica.

Agradeço ainda a todas **as pessoas que me auxiliaram nesta caminhada e que não pude aqui nomear**, e até aquelas que de alguma forma dificultaram esse processo, pois tudo isto só me fortaleceu,

Finalmente, agradeço **a Deus** que me deu força para chegar até aqui, por ter colocado em meu caminho tantas pessoas que fazem minha existência valer cada minuto.

A todos

Muito obrigada!

COSTA, Eliani. **Hospital Colônia Sant'Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)**. 2010. 299p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Miriam Süsskind Borenstein

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sócio-histórica com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi historicizar as transformações ocorridas no Hospital Colônia Sant'Ana (HCS), em especial na enfermagem, a partir do ingresso dos enfermeiros com seus saberes de 1971 e 1981. A investigação privilegiou a história oral como fonte de consulta buscando confirmar a tese de que os enfermeiros, com seus saberes e poderes, provocaram transformações administrativas, estruturais e nas práticas assistenciais no HCS, em especial na enfermagem, no período compreendido entre 1971 a 1981. A análise se pautou no referencial teórico foucaultiano sobre o saber/poder. Na coleta de dados, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 16 personagens que atuaram direta ou indiretamente no HCS no período do estudo, as quais constituíram as fontes orais. Com o intuito de subsidiar as entrevistas realizadas e complementar os dados, foram pesquisadas outras fontes documentais como livros, jornais, relatórios de governos, de secretários da saúde estaduais, dos diretores da instituição e fotografias do acervo da própria instituição, dos entrevistados e do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES/UFSC). Os dados foram organizados tendo por base a análise de conteúdo, sendo obtidas as seguintes categorias: 1) O panorama político social e de saúde em Santa Catarina e sua relação com o Hospital Colônia Sant'Ana na década de 1970; 2) O contexto do Hospital Colônia Sant'Ana no início da década de 1970; 3) O processo de profissionalização no Hospital Colônia Sant'Ana: o ingresso dos enfermeiros e de outros profissionais; 4) As transformações no Hospital Colônia Sant'Ana e na enfermagem de 1971 a 1981; 5) As relações de saber/poder no Hospital Colônia Sant'Ana e na enfermagem, no período de

1971 a 1981. Os resultados obtidos permitem afirmar que a tese formulada foi comprovada no decorrer do estudo, pois evidenciou que o ingresso dos enfermeiros no HCS, foi marcado por importantes transformações na enfermagem e na instituição, o que lhes conferiu poder. A chegada do primeiro enfermeiro no HCS em 1971, e posteriormente de outros profissionais durante uma década, promoveu a sucessiva atualização do saber técnico-científico, possibilitando a diversidade de transformações na enfermagem e na instituição. Esse evento foi decorrente de um processo político e social que já vinha ocorrendo no estado de Santa Catarina e que impulsionou a profissionalização na instituição, em particular na enfermagem. Essa profissionalização permitiu o maior controle no gerenciamento das práticas de enfermagem e resultou no afastamento progressivo das religiosas, que até então, respondiam por todos os serviços lá prestados. Esse processo estabeleceu uma modificação importante nas relações de saber/poder entre os diversos trabalhadores no HCS, em especial, os agentes de enfermagem, cuja prática, foi historicamente centrada na figura dos médicos e das religiosas. Essas transformações foram fundamentais e contribuíram de forma expressiva para o progressivo desenvolvimento da assistência de enfermagem mais humanizada ao doente mental no HCS, com reflexos na assistência em saúde mental de todo o Estado.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem psiquiátrica. Psiquiatria. História da Enfermagem. Saber/Poder.

COSTA, Eliani. **Hospital Colonia Sant´Ana: el saber poder de las enfermeras y los cambios historicos (1971-1981)**. 2010. 299 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMEN

Se trata de una investigación socio-histórica, con enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue hablar de la historia de las transformaciones de la Colonia Santa Ana Hospital (HCS), en particular en la enfermería, a partir de la entrada de las enfermeras con sus conocimientos de 1971 y 1981. La investigación se centró la historia oral como una fuente de consulta dirigida a afirmar la tesis de que las enfermeras, con sus conocimientos y el poder, provocó cambios administrativos, estructurales y las prácticas de la cuidado de la HCS, en particular en la enfermería, en el período 1971 a 1981. El análisis se basó en el marco teórico de Foucault el poder/saber. En la recogida de datos, entrevistas semi-estructuradas se realizaron con 16 personajes que actuó directa o indirectamente en la HCS durante el período de estudio, lo que constituye las fuentes orales. A fin de apoyar las entrevistas y los datos complementarios se investigaron las fuentes documentales como libros, revistas, informes de los gobiernos, los secretarios estatales de salud, directores de la colección de la institución y las fotografías de la institución, y el Grupo de los encuestados Estudio de la Historia del Conocimiento de Enfermería y Salud (GEHC/UFSC). Los datos fueron organizados sobre la base de análisis de contenido, y obtuvo las siguientes categorías: 1) La situación política y social de la salud en Santa Catarina y su relación con la Colonia Hospital Santa Ana en la década de 1970, 2) El contexto de la Colonia Hospital Santa Ana en la década de 1970, 3) El proceso de profesionalización en el Hospital Santa Ana de Colonia: la entrada de las enfermeras y otros profesionales, 4) Los cambios en la Colonia Hospital y Santa Ana en la enfermería de 1971 a 1981, 5) Las relaciones de poder / saber en Colonia Santa Ana del hospital y de enfermería en el período 1971 a 1981. Los resultados han puesto de manifiesto que la tesis formulada se

demonstró durante el estudio, porque demostró que el flujo de las enfermeras en la HCS, estuvo marcada por importantes cambios en la enfermería y en la institución, lo que les dio el poder. La llegada de las enfermeras por primera vez en la HCS en 1971, y posteriormente de otros profesionales durante una década, promovió la actualización sucesiva de los conocimientos técnicos y científicos, lo que permite una variedad de cambios en la enfermería y en la institución. Este evento se debió a un proceso político y social que ha venido ocurriendo en el estado de Santa Catarina, y que impulsó el profesionalismo en la institución, en particular en la enfermería. Este profesionalismo ha permitido un mayor control en la gestión de la práctica enfermera y dio lugar a la eliminación gradual de las monjas, hasta entonces, representaba para todos los servicios prestados allí. Este proceso ha creado un cambio significativo en las relaciones de poder/conocimiento entre los muchos trabajadores de la HCS, especialmente el personal de enfermería, cuya práctica se ha centrado históricamente en la figura de los médicos y monjas. Estos cambios son esenciales y han contribuido significativamente al desarrollo progresivo de los cuidados de enfermería más humana a los enfermos mentales en la HCS, con reflexiones sobre el cuidado de la salud mental en todo el estado.

Palabras clave: Enfermería. Enfermería psiquiátrica. Psiquiatría. Historia de la Enfermería. Saber / poder

COSTA, Eliani. **Sant'Anna Hospital Cologne**: know the power of nurses and historical changes. 2010. 299 p. Thesis (Doctorate in Nursing). Post Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ABSTRACT

It is a socio-historical research with a qualitative approach, whose aim was to historicize the transformations of the Sant'Anna Hospital Cologne (HCS), particularly in nursing, from the entry of nurses with their knowledge of 1971 and 1981. The investigation focused oral history as a source of consultation seeking to confirm the thesis that nurses, with their knowledge and power, caused administrative changes, structural and in care practices in HCS, particularly in nursing, in the period 1971 to 1981. The analysis was based on the theoretical framework of the Foucauldian power / knowledge. In collecting data, semi structured interviews were conducted with 16 characters that acted directly or indirectly in the HCS during the study period, which constituted the oral sources. In order to support the interviews and supplementary data were researched documentary sources such as books, journals, reports from governments, the state health secretaries, directors of the institution's collection and photographs of the institution, and the Group of respondents Study of the History of Nursing Knowledge and Health (GEHCES / UFSC). Data were organized based on content analysis, and obtained the following categories: 1) The political background and social health in Santa Catarina and its relationship with the Colony Hospital Sant'Anna in the 1970s, 2) The context of Sant'Anna in the early 1970s; 3) The process of professionalization in the Sant'Anna Hospital Cologne: the inflow of nurses and other professionals, 4) The changes in the Sant'Anna Hospital Cologne and nursing from 1971 to 1981; 5) The relations of power/knowledge in Cologne Sant'Anna Hospital and nursing in the period 1971 to 1981. The results have revealed that the formulated thesis was proven during the study, because it showed that the inflow of nurses in the HCS, was marked by important changes in nursing and in the institution, which gave them power. The arrival of the first nurses in the HCS

in 1971, and later from other professionals for a decade, promoted the successive update of technical and scientific knowledge, enabling a variety of changes in nursing and in the institution. This event was due to a political and social process that has been occurring in the state of Santa Catarina, and that boosted the professionalism in the institution, particularly in nursing. This professionalism has allowed greater control in the management of nursing practice and resulted in the gradual removal of the nuns, until then, accounted for all the services provided there. This process has established a significant change in relations of power / knowledge among many workers in the HCS, especially the nursing staff, whose practice has historically focused on the figure of the doctors and nuns. These changes were essential and contributed significantly to the progressive development of more humane nursing care to the mentally ill in the HCS, with reflections on mental health care across the state.

Keywords: Nursing. Psychiatric nursing. Psychiatry. History of Nursing. Knowledge / power

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Inauguração do HCS em 1941	57
Figura 2: Jornal A GAZETA de 1941. Notícia sobre a inauguração do HCS.	57
Figura 3: Livro de visitas do HCS (1955).....	59
Figura 4: Dr. Henrique Manoel Prisco Paraíso.	98
Figura 5: Dr. Abelardo Vianna Filho.	106
Figura 6: Dr. Júlio César Gonçalves.....	113
Figura 7: Setores do HCS em 1941.....	115
Figura 8: Setores do HCS em 1970.....	116
Figura 9: Enfermeiro Wilson Kraemer de Paula	118
Figura 10: Capa do livro de Rádio Comunicações (1947)	118
Figura 11: Silvio Daniel Santos.....	119
Figura 12: Foto do HCS (década de 1970).....	130
Figura 13: Vista parcial do Morro da Usina e da antiga estrada que até o início da década de 1980, era a única que conduzia ao HCS.....	131
Figura 14: Pátio do HCS com a sombrinha masculina ao fundo (Década de 1970).....	132
Figura 15: Aspecto dos leitos de uma enfermaria (Década de 1970).	136
Figura 16: Beliches (Década de 1970).	136
Figura 17: Aspecto de uma enfermaria feminina com as pacientes em “leitos-chão” (Década de 1970).....	136
Figura 18: Banheiro da cela (Década de 1970).....	136
Figura 19: Sombrinha Feminina década de 1970.....	137
Figura 20: Criança no pátio década de 1970.....	137

Figura 21: Padre José Aldecir Piai	142
Figura 22: Últimas irmãs que permaneceram no HCS (Década de 1980)	143
Figura 23: Enfermeira Sonir Malara.	147
Figura 24: Enfermeira Elisabete da Silva Melo.	149
Figura 25: Enfermeiro Josel Machado Corrêa.....	150
Figura 26: Enfermeira Verita Conceição Elias.....	150
Figura 27: Assist. Social Maria Sirene Cordioli.	151
Figura 28: Assist. Social Jeanet Maria Pinheiro dos Santos. ...	151
Figura 29: Dr. Diogo Ney Ribeiro.	155
Figura 30: Enfermeira Miriam Süsskind Borenstein	156
Figura 31: Enfermeira Maria Lenise Mazarakis.....	157
Figura 32: Enfermeira Valdete Prêve Pereira.....	157
Figura 33: Enfermeira Eliani Costa.	158
Figura 34: Unidade de Clínica Médica (Década de 1970).....	161
Figura 35: Criança no berçário.....	164
Figura 36: Aparelho de eletroconvulsoterapia.....	169
Figura 37: Sala de eletroconvulsoterapia(Década de 1980) ...	170
Figura 38: Banheiras. (Década de 1970)	180
Figura 39: Paciente na sala de costura em 1977.....	182
Figura 40: Aglomeração de pacientes nas enfermarias (Década de 1970)	184
Figura 41: Centro Cirúrgico (Década de 1950)	194

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categoria profissional e as funções/cargos ocupados pelos sujeitos entrevistados	86
---	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	21
1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	39
2.1 O HOSPITAL COMO ESPAÇO PARA A LOUCURA	39
2.2 A ORGANIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL	45
2.3 A ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO MUNDO E NO BRASIL.....	50
2.4 A IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM SANTA CATARINA DO INÍCIO DO SÉCULO XX ATÉ 1970.....	54
2.5 A TRAJETÓRIA DO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA	56
2.5.1 O Hospital Colônia Sant'Ana em seus primeiros passos e a mudança de gestão (1941 - 1971).....	56
3 REFERENCIAL TEÓRICO FOUCAULTIANO: SABER/PODER E VERDADE.....	67
3.1 A ANALÍTICA DO PODER DE MICHEL FOUCAULT	71
3.2 RELAÇÃO SABER, PODER E VERDADE	75
3.3 A PERTINÊNCIA DO REFERENCIAL FOUCAULTIANO.....	77
4 METODOLOGIA	81
4.1 TIPO DE ESTUDO	81
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO.....	84
4.3 A COLETA DOS DADOS	87
4.4 ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	89
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	91
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	93
5.1 O PANORAMA POLÍTICO SOCIAL E DE SAÚDE EM SANTA CATARINA E SUA RELAÇÃO COM O HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA NA DÉCADA DE 1970	93
5.2 O CONTEXTO DO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA NO INÍCIO DA DÉCADA DE 1970.....	113
5.3 O PROCESSO DE RUPTURA COM ENFERMAGEM PRÉ- PROFISSIONAL NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: O INGRESSO DOS ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS.....	137

5.4 AS TRANSFORMAÇÕES NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA E NA ENFERMAGEM DE 1971 A 1981.....	159
5.4.1 Transformações nas práticas institucionais e de enfermagem.....	159
5.4.2 Transformações administrativas, estruturais e nos recursos humanos na enfermagem e no Hospital Colônia Sant'Ana e seus reflexos na psiquiatria catarinense.....	202
5.5 AS RELAÇÕES DE SABER PODER NO HCS E NA ENFERMAGEM, NO PERÍODO DE 1971 A 1981.....	220
6 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS	245
REFERENCIAS	255
APÊNDICES	273
ANEXOS	287

1 INTRODUÇÃO

No século XX, o mundo passou por grandes transformações culturais, sociais e científicas. A mulher conseguiu transpor seu papel para uma maior valorização na história e na sociedade, passou a ter controle sobre a reprodução e galgou espaços fora do contexto doméstico que ultrapassaram qualquer expectativa masculina. Esse século assistiu estarrecido à chegada do homem à lua. Os cientistas conseguiram a cura para antigas doenças, e novas doenças surgiram, desafiando cada vez mais a inteligência humana e sua capacidade de superação (BOFF, 2002).

Vários segmentos sociais levantaram bandeira, usaram a “razão” para terem seus direitos garantidos, como mulheres, negros, homossexuais, entre outros. Muitos têm sido vitoriosos em suas lutas por reconhecimento dos direitos humanos, mas o louco “fora da razão” continuou encarcerado até o final do século XX. Ainda na atualidade, discute-se a necessidade de humanizar, libertar, inserir na sociedade, criar e adequar espaços onde o doente mental possa ser tratado sem dificuldades para que exerça sua cidadania. A enfermagem, em especial o enfermeiro¹, embora tenha conquistado muitos espaços, conta com uma valorização social e profissional ainda aquém de sua relevância no contexto da saúde. A medicina, no entanto, desde a antiguidade até a atualidade, indubitavelmente tem mantido o poder hegemônico profissional, social, econômico e político na área (FOUCAULT, 2004; LEME FILHO, 2004; MACHADO, 1978).

Há muito tempo esse assunto – a desvalorização de segmentos sociais, raciais, profissionais, em especial a enfermagem, e de pessoas vulneráveis como o doente mentais – tem chamado a minha atenção. Esse sentimento se fortaleceu ao longo da minha vida, em especial em minha vivência como enfermeira assistencial por quase 30 anos, trabalhando com pacientes hansenianos, psiquiátricos e idosos que comumente eram rejeitados, excluídos ou maltratados por familiares, pela

¹ O termo enfermeiro será utilizado nesta pesquisa para fazer referência à categoria profissional ou ao profissional masculino, e enfermeira para o feminino. Justifico essa opção pelo fato de que o primeiro entrevistado nesta pesquisa foi um enfermeiro e dos dez profissionais de enfermagem entrevistados quatro são homens (NOTA DA AUTORA).

sociedade e até por profissionais de saúde, que deveriam saber cuidar e proteger.

Meu contato com o paciente psiquiátrico iniciou em 1981 quando ingressei no antigo Hospital Colônia Santa'Ana (HCS)², um macro hospital psiquiátrico, construído em Santa Catarina em 1941, sob a égide do modelo psiquiátrico vigente até a primeira metade do século XX. Nessa época vigorava no Brasil, a construção de instituições públicas que deveriam servir de aparato social para segregação de parcelas da população. O HCS teve sua trajetória marcada pela superpopulação, chegando a abrigar mais de dois mil internos, que sobreviviam em condições desumanas. Essa realidade não foi exclusiva dessa instituição, mas se reproduziu em todas as instituições psiquiátricas existentes no país, desde a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II, em 1852 (BORENSTEIN, 2004; COSTA, 2002; PERES, 2008).

Durante toda a minha trajetória como enfermeira assistencial no antigo HCS, atual Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC)³, procurei aprimorar o meu fazer, através da realização de numerosos cursos e eventos científicos, pois sempre acreditei que o saber seria a principal estratégia que os profissionais de saúde poderiam utilizar para melhorar as condições de trabalho e das pessoas que necessitam de cuidados.

² Nos arquivos da instituição foram encontrados documentos com o nome do hospital escrito de duas formas: *Sant'Ana* e *Santana*. Na foto original de inauguração do hospital, em 1941, pode-se perceber a grafia do nome na fachada do prédio: "*Hospital Colônia Sant'Ana*". Neste estudo a grafia adotada será *Sant'Ana*, no entanto, quando referida por outros autores consultados e referenciados pelos entrevistados, será reproduzida a forma como escreveram ou falaram, que geralmente aparece como *Santana*. Da mesma forma, quando a referência for feita à localidade em que se insere o HCS, será escrito "*bairro Colônia Santana*" que corresponde a grafia correta do bairro (NOTA DA AUTORA).

³ O antigo Hospital Colônia Sant'Ana em 1995 foi descredenciado após parecer de técnicos do Ministério da Saúde. A partir de 1996, no mesmo espaço físico, foram constituídas duas novas unidades assistenciais: o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC) com 160 leitos para internação de pacientes em surto psiquiátrico grave, com proposta de curta permanência, e o Centro de Convivência Santana (CCS) com os leitos dos pacientes remanescentes da antiga instituição, os quais passaram a ser alvo de políticas de desinstitucionalização. Dos 600 pacientes que havia na instituição em 1995, atualmente ainda se encontram no CCS, 251 pacientes que aguardam retorno para seus domicílios e/ou serviços extra hospitalares (SANTA CATARINA, 2008).

Ao longo de minha caminhada profissional vivenciei situações com pacientes, colegas, médicos, diretores, gestores de saúde e outros profissionais, que me deixaram perplexa e me fizeram indagar sobre os saberes e poderes individuais, coletivos e institucionais. Não foram poucas às vezes em que pensei em desistir da profissão, não foram poucas as ocasiões em que promovi discussões, fui vítima ou protagonista de situações extremamente conflitantes que me levaram a refletir sobre o fazer do enfermeiro, seu papel na equipe de saúde, no cuidado, seu saber e seu poder dentro das instituições de saúde.

Buscando melhor compreender muitas das situações vivenciadas, procurei subsídios na história da saúde e da enfermagem, uma vez que esta possibilita, através do conhecimento do passado, a compreensão do presente e contribui para a possibilidade de estratégias que nos levem a transformar a realidade e vislumbrar um futuro melhor (THOMPSON, 2002).

Assim, propus-me a realizar um estudo no antigo HCS, em decorrência das inúmeras experiências vivenciadas nesse cenário, palco de muitas lutas, saberes, poderes, exclusão, maus-tratos, desvalorização, mas também de superação, transformação e crescimento individual, coletivo e institucional.

Para fazer a análise dessa história e desvelar a forma como esses fatos aconteceram, como surgiram e se estabeleceram as redes de saberes e poderes nesse espaço institucional, procurei me aprofundar no referencial foucaultiano, apoiando-me principalmente nas obras *Vigiar e punir* (2005), *História da loucura na Idade Clássica* (2004), *O poder psiquiátrico* (2006a) e *Microfísica do poder* (2007a) de Michel Foucault.

Relacionar a pesquisa histórica com a história do “louco” e da enfermagem psiquiátrica, na vertente de análise do saber/poder para historicizar as transformações ocorridas no HCS, não é uma tarefa fácil de concretizar. Procurei amenizar meu percurso nesta caminhada, instrumentalizando-me no referencial teórico foucaultiano e coletando o maior número de informações possíveis da instituição. No entanto, os documentos oficiais existentes na instituição e em outros arquivos oficiais pesquisados não registram a especificidade do trabalho da enfermagem e o papel dos enfermeiros na evolução do contexto assistencial do HCS.

O ocultamento e “desempoderamento” das demais profissões, e da enfermagem em especial, mantêm-se como um mito, um fantasma que sempre me inquietou. Penso que o reconhecimento oficial do poder e do saber dos enfermeiros está restrito aos seus pares, e muitas vezes ameaçam outros profissionais da equipe de saúde, constituindo-se em pano de fundo dos muitos conflitos existentes nos locais de trabalho, principalmente nos hospitais, que são espaços privilegiados de poder. No entanto, essa questão não foi ainda suficientemente abordada nas discussões acadêmicas e nos espaços de trabalho em saúde.

Há muito tempo que minhas inquietações e experiências superaram o limiar pessoal e transcenderam para o espaço coletivo do ser enfermeira, buscando compreender a gênese, as formas de enfrentamento e a vivência das lutas de saberes e poderes que são expressas a todo o momento no nosso cotidiano profissional.

Movida pelo interesse de ampliar meu conhecimento sobre a história da enfermagem, em especial a história da enfermagem profissional do HCS, ingressei no Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem e de Saúde (GEHCES⁴), vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC). Em 2002 concluí o curso de mestrado e em 2006 ingressei no Curso de Doutorado.

Algumas pesquisas anteriormente realizadas sobre o HCS e já publicadas vêm contribuindo com essa perspectiva, como as desenvolvidas por Benoski (2002), Borenstein et al. (2004), Costa (2002), Koerich (2008), Marques (2003), Melo (2004),

⁴ A organização do GEHCES teve início em março de 1995 com o objetivo geral de desenvolver estudos que tratem da retrospectiva e perspectiva da enfermagem e da saúde no cenário político, cultural, educacional, social nacional e internacional. Seus objetivos específicos são resgatar a documentação escrita, fontes iconográficas e cultura material relativas às instituições que historicamente orientaram a prática da enfermagem, conhecer e analisar a trajetória da produção do conhecimento da enfermagem brasileira e conhecer os personagens e suas experiências na construção da história da enfermagem brasileira e internacional e de outros setores da saúde. Atua nas seguintes sub-linhas de pesquisa: 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 (DIRETÓRIO DE GRUPOS DE PESQUISA NO BRASIL, 2010).

Pereira, V. (2003); Piai (1997), Serrano (1998) e Teixeira (1993).

Borenstein (2004, p. 68), por exemplo, descortinou aspectos importantes da história desse hospital no período de 1940 a 1960 e referiu que, desde a inauguração do HCS, “foram as irmãs da Congregação da Divina Providência, juntamente com os “vigilantes” que assumiram todos os serviços lá criados”. Não havia profissionais de nível superior na enfermagem, sendo que este era coordenado por um funcionário denominado “enfermeiro chefe”, que, conforme descrição, “era um enfermeiro prático⁵ com conhecimento razoável”. A entrada do primeiro enfermeiro nessa instituição só aconteceu em 1971, marco de ruptura da enfermagem pré-profissional.

Koerich (2008, p. 6) historicizou a enfermagem pré-profissional no HCS explorando as reminiscências dos agentes de enfermagem aposentados que trabalharam na instituição de 1951 a 1971, com o objetivo de desvelar esse cotidiano de trabalho. O período inicial escolhido para seu estudo (1951) foi fundamentado nos dez anos da existência do hospital. O período final (1971) ocorreu em razão de o hospital ter sido incorporado pela administração da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC). Esse fato culmina com a entrada do primeiro enfermeiro na instituição na condição de assessor da direção.

O HCS durante toda a sua existência, de 1941 até 1995, constituiu-se na principal referência da rede assistencial em saúde mental no Estado de Santa Catarina. O serviço de enfermagem, nesse contexto, acompanhou esse movimento e também se tornou referência em sua área de atuação, servindo de campo de estágio para escolas de nível médio e superior dos cursos de enfermagem, e de outros cursos de graduação como a medicina, serviço social, psicologia e outras áreas afins.

Muito da história do HCS e da enfermagem, momentos vividos, políticas, saberes, poderes, modelos assistenciais e gerenciais estão registrados em livros, atas e outros documentos espalhados em vários locais da instituição e não foram bem preservados⁶. No entanto, a perda de parte de sua história e

⁵ Nesta pesquisa, sempre que a designação enfermeiro estiver escrita entre aspas, estará fazendo referência ao enfermeiro prático (NOTA DA AUTORA).

⁶ Importante fazer referência que os prontuários de todos os pacientes internados na instituição e os livros de registros de internação foram muito bem preservados, e se constituem em extraordinárias fontes documentais. (NOTA DA AUTORA).

documentos não inviabiliza a narrativa de sua história, uma vez que existem as fontes orais, que são memórias vivas que contribuíram para este estudo. Nesse sentido, a pesquisa histórica possibilita utilizar a oralidade e a memória como instrumentos de uma metodologia denominada História Oral.

Alberti (2004, p. 52) define a história oral como um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc.

A valorização da história oral surgiu com o desenvolvimento da Nova História a partir de debates entre várias vertentes das ciências sociais, como os próprios historiadores, sociólogos, geógrafos e filósofos no século XX. Com o surgimento da Nova História, pode-se interpretar a história pelo ponto de vista do excluído socialmente, do menos favorecido economicamente, do não alfabetizado, de experiências de vida, enfim, pode-se trabalhar com qualquer ponto de vista da “pirâmide social” (REIS, 2000).

Passei a querer saber mais sobre a história da saúde e da enfermagem na instituição desde que minhas inquietações passaram a se entrecruzar com as questões profissionais advindas dos diversos saberes e poderes institucionais, que refletiam diretamente na assistência aos pacientes e nas relações interpessoais. Essa necessidade partiu da compreensão da história como uma ciência que nos fornece informações que favorecem a captação de experiências vividas, constituindo-se em um elo do presente com o passado, possibilitando compreender melhor esse presente (THOMPSON, 2002).

Por fazer parte da história da instituição desde 1981, presenciei muitas idas e vindas de práticas e políticas instituídas no cuidado ao doente mental. Nessa história certamente existiram diversos protagonistas, mas à medida que não foi registrada, ou foi por outros profissionais, passei a prestar

significativa atenção na distorção da narrativa de eventos históricos da instituição e no extravio e prejuízo de fontes documentais que deveriam fazer parte do patrimônio histórico do hospital. Assim, resolvi realizar este estudo utilizando a pesquisa histórica e a história oral, a fim de trazer à tona as transformações acontecidas no HCS, e de modo especial na enfermagem, acreditando na possibilidade de desvelar a importância dos enfermeiros e seus saberes nesse processo.

Diferentemente da história tradicional, a história oral se propõe a transpor o relato oficial dos fatos e valorizar outras fontes (THOMPSON, 2002). Acredito que esta é uma forma de possibilitar a inclusão de diferentes atores, e assim não ter a parcialidade hegemônica no registro dos eventos históricos e de seus personagens, fato comum na história tradicional.

Seguindo essa linha de pensamento, descobri, por exemplo, que na história oficial da psiquiatria Philippe Pinel é considerado “Pai da Psiquiatria” por ter desacorrentado os loucos do Hospital de Bicêtre em Paris (França), implementando nesse hospital o tratamento moral, em 1793. No entanto, outros historiadores trazem relatos que reforçam o papel desempenhado pelo ex-paciente e “enfermeiro” Jean-Baptiste Pussin, nessa história que fez a glória de Pinel (FOUCAULT, 2006a; POSTEL, 1993; ROUDINESCO, 1994).

O mesmo acontece na história das instituições de saúde, e o HCS não foge a essa regra, em que o enfermeiro é excluído da história e na maioria das vezes não se configura como protagonista ou mesmo partícipe das transformações ocorridas.

Assim, em virtude de tudo o que foi exposto, decidi vasculhar e desvelar a história da enfermagem no HCS para tentar perceber os campos de força do enfermeiro e da enfermagem psiquiátrica profissional, colocando em evidência os atores que fizeram a história e deixaram seus legados à enfermagem nessa instituição, no período de 1971 a 1981. Fazendo uma pesquisa preliminar surgiram controvérsias, por exemplo, quanto ao fato de ter sido Wilson Kraemer de Paula o primeiro enfermeiro da instituição. Alguns atribuíram esse feito a outra profissional, e essa é uma das questões a serem desveladas entre tantas outras.

Dessa forma, na busca de desvendar esse e muitos outros fatos apresento alguns questionamentos: qual o contexto cultural, social, econômico e político da década de 1970? Como estava

organizada a enfermagem e o HCS antes da chegada do primeiro enfermeiro em 1971? Quem eram as pessoas que exerciam a enfermagem? Quem foi o primeiro enfermeiro do HCS? Que circunstâncias efetivamente deflagraram sua contratação? Como se deu a reorganização do serviço de enfermagem após o ingresso do primeiro enfermeiro? Como se deu o processo de ruptura com a enfermagem pré-profissional e o início da enfermagem profissional? Quais saberes, poderes e estratégias⁷ passaram a ser utilizados pelos enfermeiros para provocar as transformações? Quais transformações ocorreram com o ingresso dos enfermeiros no HCS? Que saberes os enfermeiros possuíam? Qual o impacto que esses saberes tiveram na instituição? Qual a importância da contribuição dos enfermeiros nas transformações ocorridas no HCS a partir de 1971? Como se desenvolviam as relações de saber/poder/autoridade entre os agentes de enfermagem, e os demais trabalhadores do HCS?

Acredito que os enfermeiros provocaram transformações na assistência de enfermagem do HCS, com seus saberes, sendo esse o ponto essencial para que exercessem o poder. Procurei demonstrar a maneira pela qual o saber/poder dos enfermeiros e as transformações ocorridas estão intimamente imbricadas. Como desenvolvi essa tática? Procurando fazer a gênese das transformações advindas do saber/poder dos enfermeiros que construíram a enfermagem da instituição, e assim contar um pouco das “histórias que existem por trás da história” da enfermagem profissional no HCS.

Para o historiador Marc Bloch (2002), o passado deve ser abordado de forma que se valorizem vários elementos que compõem a história. Considero que um dos elementos nesta história desvelada foi o trabalho dos enfermeiros que produziram as transformações na assistência de enfermagem, imprimiram suas marcas e fizeram história na instituição. Apoio-me nessa afirmação, bem como na história oral e na história de vida, para entrar nesta “aventura”, ou seja, em uma “viagem histórica” para

⁷ A utilização do termo “estratégia” associada ao termo “poder” justifica-se pelo fato de a concepção foucaultiana supor que o poder é uma estratégia composta por uma rede de relações e que pode ser designada como o conjunto de procedimentos utilizados em um confronto, ou seja, os meios destinados para obter a vitória. O termo “conduta” para Foucault é o que define uma relação de poder (RABINOW e DREYFUS, 1995).

registrar o trabalho individual e coletivo desses profissionais.

Autores como Barreira (1999), Borenstein (2004) e Sanna (2002), enfatizam a necessidade e importância de se registrar a história da enfermagem e criar uma historiografia que rompa com a localização de sua história fora da história social e oficial. Trata-se, portanto, de dedicar um novo olhar para a história da enfermagem no HCS, trazendo à tona a importância dessa trajetória, seus atores, ou seja, os enfermeiros que contribuíram para as transformações ocorridas.

Borenstein (2004) também enfatizou a necessidade dos profissionais de enfermagem conhecer a sua história. Assinalam que não é possível ao profissional de enfermagem entender sua inserção na sociedade, compreender a natureza do seu trabalho e as mudanças que deseja provocar sem os domínios do conhecimento da história profissional. Ressaltam como essenciais esse conhecimento e a construção de uma memória de enfermagem como elemento constitutivo para análise crítica de sua história.

Barros (2005, p. 42-43) referiu que em uma pesquisa histórica torna-se imperativo delinear um marcador de tempo, ou seja, estabelecer a delimitação temporal que a pesquisa irá abarcar. É o problema que determina o corte, “e não uma dezena de anos escolhida a partir de critérios comemorativos”. Segundo o autor, não adianta, por exemplo, “partir de pressupostos de que os melhores recortes coincidem necessariamente com um governo ou um país”, pois podem não estar relacionados, e o “objeto construído desejaria romper de diversas maneiras estas muralhas artificiais”.

É certo que o recorte histórico escolhido para este estudo não tem o valor de uma periodização rígida, no entanto ele é fruto da intenção de compreender um processo dialético de uma trajetória que possui uma dinâmica própria e, em muitos momentos, sobrepõe-se, avança e reflui, coexistindo em cenários distintos. Mesmo que contemple uma cronologia por meio de marcos, não necessariamente obedecerá a uma linearidade exata, pois o tempo e o espaço ganham significados diferentes nas memórias individuais e coletivas. De acordo com Foucault (2007b, p.14) “o tempo é aí concebido em termos de totalização, onde as revoluções jamais passam de tomadas de consciência”.

Foucault (2007b, p.3) assinala que na história tradicional os historiadores se voltavam preferencialmente para longos

períodos, como se sob as “peripécias políticas e seus episódios” eles se preparassem para desvelar o que já estava estabilizado e, portanto, difícil de ser rompido. O autor classifica esses processos estabilizados e irreversíveis como as “regulações constantes e os fenômenos tendenciais” que se encontram e desencontram através dos séculos, os amontoamentos e adensamentos lentos, os grandes alicerces inertes e mudos que o entrelaçado das narrativas tradicionais recobriria com toda uma carregada camada de acontecimento.

Com o surgimento da Nova História, o trabalho do historiador se deslocou para os “fenômenos de ruptura” cuja “incidência das interrupções, posição e natureza” são muito diversas e surgem como:

redistribuições recorrentes que fazem aparecer vários passados, várias formas de encadeamento, várias hierarquias de importância, várias redes de determinações, várias teleologias, para uma única e mesma ciência, à medida que seu presente se modifica; assim, as descrições históricas se ordenam necessariamente pela atualidade do saber, se multiplicam com suas transformações e não deixam, por sua vez de romper com elas próprias (FOUCAULT, 2007b, p. 4).

Dessa forma, o marco inicial da pesquisa proposta foi o ano de 1971, quando vários mecanismos sociais e políticos, internos e externos à instituição, determinaram importantes transformações institucionais, como a passagem da administração do HCS pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) e o conseqüente ingresso do primeiro enfermeiro como assessor da Direção na instituição. Esse evento provocou uma ruptura com a enfermagem pré-profissional, determinando mudanças substanciais nas práticas de enfermagem da instituição, que até então eram realizadas por pessoas sem formação específica, as quais possuíam um saber a partir da prática do cotidiano.

Em 1971, o HCS completava 30 anos de uma assistência caracterizada pela inexistência de pessoas com formação específica atuando em diversos setores e serviços do hospital,

pois não havia profissionais graduados de outras áreas, além do médico.

Em 1981, ano em que fui admitida no HCS, marca os dez anos do início da profissionalização da enfermagem na instituição. No período de 1971 a 1981, os enfermeiros assumiram o total controle sobre o desenvolvimento da enfermagem e suas práticas, com o conseqüente afastamento de várias religiosas do HCS. A narrativa histórica das transformações ocorridas na instituição nesse período evidenciará intensas lutas de saberes e poderes no contexto institucional, em especial na enfermagem.

Considero que os enfermeiros, no seu fazer cotidiano, foram (e são), em momentos diversos, distintos e concomitantes, ora objeto, ora sujeito nas relações de poder. Porém, nessa rede aparentemente controversa, formada pelas tramas do poder, esses profissionais provocaram importantes transformações, que procurei desvelar e analisar.

Este estudo teve como **questão norteadora: que transformações passaram a ocorrer no HCS, em especial na enfermagem, a partir do ingresso dos enfermeiros com seus saberes, no período compreendido entre 1971 a 1981?**

Por transformações compreendo as mudanças ocorridas no HCS, ou seja, as rupturas e descontinuidades, as diversas abordagens e dispositivos que incidiram sobre o doente na instituição, as mudanças ocorridas no cenário, recursos humanos, administrativo e cultural, estratégias utilizadas, produção de novas práticas, e de saberes e poderes.

O objetivo geral dessa pesquisa foi **historicizar as transformações ocorridas no HCS, em especial na enfermagem, a partir do ingresso dos enfermeiros com seus saberes, no período entre 1971 a 1981.** Na busca deste objetivo, procurei contemplar os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e religiosos desse período, de forma a narrar a história do HCS e da enfermagem profissional correlacionando-os ao contexto social da época.

Portanto, com base no exposto, minha **tese é que os enfermeiros com seus saberes e poderes provocaram transformações administrativas, estruturais e nas práticas assistenciais no HCS, em especial na enfermagem no período compreendido entre 1971 a 1981.**

Embora existam relevantes pesquisas, como as já citadas

anteriormente, **justifico** a importância de desenvolver esta pesquisa, uma vez que a história da enfermagem brasileira, em particular da enfermagem catarinense e mais especificamente ainda a **enfermagem psiquiátrica, necessita de estudos mais aprofundados** em virtude da carência de documentos, principalmente de fontes primárias.

A busca da valorização do papel que a enfermagem historicamente desempenhou nas práticas de saúde e na criação dos hospitais, bem como a importância do papel dos enfermeiros na formação e capacitação dos demais profissionais para atuar no cuidado em todas as suas dimensões, **constitui-se uma estratégia para dar visibilidade à profissão.**

Padilha et al. (2007, p. 678), em recente pesquisa realizada sobre quantitativo de estudos históricos vinculados aos programas de pós-graduação de Enfermagem no Brasil, consideraram que a **quantidade de estudos nessa é pouco significativa.** As autoras evidenciaram a necessidade de incremento nessa linha de pesquisa, buscando “os constituintes históricos que respondam à problemática contemporânea da compreensão da construção profissional bem como, da prática assistencial da enfermagem”.

A importância deste estudo está em demonstrar que os enfermeiros e outros profissionais da saúde que trabalharam no HCS podem **trazer à tona acontecimentos, valores e pressupostos que ajudem a compreender o caminho trilhado pela enfermagem profissional e o saber/poder exercido pelos enfermeiros,** a partir da entrada desses, até os dias atuais.

Esta tese poderá contribuir para responder a algumas indagações sobre os acontecimentos passados, esclarecer o presente e talvez possibilitar uma perspectiva para o futuro do HCS e da enfermagem psiquiátrica. Os estudos da história da enfermagem profissional nos moldes propostos, também **atendem à necessidade de desvelar a história profissional que rompa com a localização da história da enfermagem fora da história social e oficial.**

A reflexão sobre essa lacuna no conhecimento da enfermagem, associada aos questionamentos e contextualização realizados, justifica o presente estudo. Este pretende ainda **contribuir para a construção do conhecimento da enfermagem, em particular da enfermagem psiquiátrica**

catarinense, e se constituir em fonte histórica para outros pesquisadores interessados, fortalecer a linha de pesquisa da História em Saúde, constituindo-se em um acervo documental para o GEHCES/UFSC.

Finalmente considero que trabalhos desse tipo poderão **servir de reflexão para os profissionais da saúde, em especial da saúde mental, e incrementar a pesquisa histórica** local, estadual, nacional e internacional, de modo a contribuir para a assistência, ensino, pesquisa e extensão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O HOSPITAL COMO ESPAÇO PARA A LOUCURA

A história da loucura na Idade Clássica, de Michel Foucault (2004), é uma importante referência no entendimento do processo de transformação da loucura em doença mental e de seu encarceramento nos asilos. Foucault (2004) dedica-se a compreender o surgimento do saber sobre a loucura e sua ligação com a prática de enclausuramento do louco na época clássica.

De acordo com o filósofo francês, no início da Idade Média a lepra desapareceu do mundo ocidental. Os leprosários que haviam se multiplicado por toda a Europa (mais de 2.000 só na França)⁸ passaram a ser ocupados por pobres, mendigos, prostitutas e desregrados. Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permaneceram. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que a salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (FOUCAULT, 2004, p. 8).

As doenças venéreas inicialmente substituíram a lepra no final do século XV como uma herança, ocupando os espaços deixados por ela. No entanto, elas não assegurarão, na história, o papel de exclusão que cabia à lepra. Para Foucault (2004, p. 8) a verdadeira herança da lepra não deve ser buscada nas doenças venéreas, mas sim “num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar, esse fenômeno é a loucura”.

Durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média, o louco gozou de certo grau de “extraterritorialidade”, e a loucura

⁸ Por volta de 1266, à época em que Luis VIII estabelece para a França, o regulamento dos leprosários, mais de 2000 deles encontravam-se recenseados (FOUCAULT, 2004, p. 3).

era experimentada em estado livre (FOUCAULT, 2004, p. 87). O louco fazia parte do cenário social. As famílias de posse mantinham seus loucos em casa, e os pobres podiam vagar pelos campos ou pelos mercados da cidade. O próprio conceito de doença mental era muito restrito e limitava-se aos aspectos eminentemente exteriores da loucura.

No século XV, as cidades se transformaram em palco de grande número de desocupados, mendigos⁹ e vagabundos, enquanto se instaurava a escassez de mão de obra. Nesse contexto, estenderam-se medidas de repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade. Essas medidas legislativas de repressão se complementaram pela criação de instituições como as casas de correção e de trabalho e os chamados hospitais gerais, como o Hospital Geral de Paris. Essas instituições, sem função curativa, destinavam-se a limpar as cidades dos mendigos e antissociais, proverem trabalho para os desocupados, punir as ociosidades e reeducar para a moralidade, mediante instrução religiosa e moral. É nesse contexto que a loucura, “durante tanto tempo manifesta e loquaz”, será varrida da cena social (FOUCAULT, 2004, p. 79).

Até o final do século XVII, segundo Foucault (2007a), loucura e razão não estavam ainda separadas. Não havia um vazio entre elas. Loucura e não-loucura, razão e desrazão estariam confusamente implicadas. Para o autor, durante a Época Moderna, o renascimento científico, associado à filantropia, buscou progressiva-mente cercar a loucura. Essa tendência se deu dentro da ordem absolutista. Assim ocorreu a passagem da experiência medieval da loucura para a atual, que a confina com o estatuto de doença mental.

Confinados nos porões dos hospitais gerais, os doentes mentais partilharam do mesmo espaço, ao “lado dos pobres, bons ou maus, e dos ociosos, voluntários ou não”. Transformada em questão social a partir do novo estatuto de pobreza, a loucura passou a ser um objeto observável, compreendida não mais como algo sobrenatural, e sim como limitação humana, já que se tornava o elemento fundamental de incapacidade para o trabalho (FOUCAULT, 2004, p. 73).

O internamento passou a representar a medida

⁹ Só em Paris, estimava-se em mais de 80 mil a população de mendigos (FOUCAULT, 2004).

permanente da loucura, e o asilo a metáfora da exclusão. O nascimento do asilo passou a ser essencial para a constituição da psiquiatria como ciência. “O internamento recebeu sua carta de nobreza médica, tornou-se lugar de cura” (FOUCAULT, 2004, p. 433).

A partir do nascimento da psiquiatria deu-se início a uma série de reformas não somente nas suas práticas, mas, sobretudo, no interior de seus saberes. A loucura foi se constituindo como objeto de um dispositivo que teria como finalidade criar outra lógica: a ordenação de uma população estranha, perigosa e carente de razão. A psiquiatria como dispositivo dessa ordenação, instaurava-se como pedra fundamental de um novo saber científico sobre a doença mental.

Como assinala Foucault (2004, p. 433):

O internamento é, portanto um agente de cura; é uma entidade médica, não tanto em razão dos cuidados que proporciona, mas em virtude do próprio jogo da imaginação, da liberdade, do silêncio, dos limites e do movimento, que os organiza espontaneamente e conduz o erro à verdade, a loucura à razão.

Enquanto não há adaptação do louco às normas vigentes, ele passa a sofrer medidas de restrição de sua liberdade. Não há tratamento diferenciado para o louco. Conforme for seu grau de diferenciação dos demais membros da sociedade, pode ou não ser afastado dela. A internação é uma criação institucional própria do final do século XVIII. A loucura é arrancada de sua liberdade imaginária da Renascença. “Em menos de meio século, ela se viu reclusa, e, na fortaleza do internamento, ligada à razão, às regras da moral e as suas noites monótonas” (FOUCAULT, 2004, p. 78).

Assim, do século XVIII em diante, as pessoas mais favorecidas passaram a buscar lugares privilegiados para abrigo ou tratamento da loucura, enquanto as pessoas de classe sociais inferiores foram sendo depositadas “intramuros”.

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não esqueçamos – que eles os abandonarão, sem deixarem de glorificar por

terem nos “libertado”. A partir do século XVIII, a loucura esteve ligada a essa terra do internamento, e ao gesto que lhe designava como o seu local natural (FOUCAULT, 2004, p.48).

Philippe Pinel, francês, médico, filósofo e naturalista foi indicado para ser o reformador de um asilo, o Hospital de Bicêtre em Paris, e tornou-se o protagonista da organização do primeiro hospital psiquiátrico na França. Entrou para a história como o responsável por desacorrentar os alienados¹⁰ e separá-los de outros desviantes, para que pudessem ser melhor observados.

Esse gesto revolucionário de Pinel é considerado como o momento simbólico da “fundação da psiquiatria”. A atitude de Pinel ao desacorrentar os loucos e organizar o hospital psiquiátrico não foi um ato isolado, isso é, não ocorreu somente na França, mas também em outros Estados europeus, com outros protagonistas como William Tuke na Inglaterra e Vincenzo Chiarugi na Itália (AMARANTE, 2003a, p. 11).¹¹

Para que se garantisse o funcionamento do hospital foi necessária a instauração de medidas disciplinares que viessem garantir a nova ordem dentro da instituição. Assim, surgiu uma arte de delimitação desse espaço físico, fundamental para os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma a garantir que nenhum detalhe escapasse da vigilância. Dentro desse espaço isolado e esquadrihado, percebe-se uma

¹⁰ Essa designação feita ao médico francês deve-se ao fato de que ele “estava no lugar certo e na hora certa”, pois existem algumas interrogações sobre quem de fato desacorrentou os alienados, se o médico Pinel ou o “enfermeiro” Pussin. Jean-Baptiste Pussin nasceu em 1745 em Lons-le-Saulneir. Depois de ter ocupado, em 1780, a função de chefe da divisão dos “rapazes internados” em Bicêtre, foi promovido a governador da sétima ala, que correspondia aos “alojamentos dos alienados agitados”. Pinel conheceu Pussin nesse local e o transferiu, em 1902, para a “seção das loucas”, local onde desenvolveram várias observações. Em *Recherches et observations sur le traitement moral des alienes*, Pinel faz elogio ao saber de Pussin e atribui a ele a paternidade dos primeiros desenvolvimentos do tratamento moral (FOUCAULT, 2004, p. 248).

¹¹ Ao “escarafunchar” a história da loucura, e dar visibilidade ao “enfermeiro” Pussin, Foucault (2004), evidenciou a força da história tradicional, em que a história oficial delega a autoria dos “grandes feitos aos grandes homens”. Portanto, não se poderia esperar que um ex-paciente que se tornou “enfermeiro” aparecesse com destaque nos relatos da história oficial (NOTA DA AUTORA).

institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores.

O isolamento foi um princípio muito importante na construção do paradigma psiquiátrico, pois fundamentou a necessidade de isolar os loucos para conhecer os tipos de alienação sem as interferências do mundo externo. Curar a alienação mental significava trazer o alienado de volta à realidade. Para isso foi instituído um conjunto de estratégias voltadas para a reeducação da mente alienada, nas quais a própria organização do regime hospitalar teria um importante papel na organização do espaço terapêutico, na vigilância e na distribuição do tempo do alienado. Esse conjunto de estratégias Foucault (2004) denominou de tratamento moral.

O tratamento moral, ou certa “polícia interior”, no âmbito da instituição, conforme o entendimento de Pinel dava-se inicialmente com o próprio regime disciplinar do asilo, mas também com a instituição do trabalho: o trabalho terapêutico, poderoso remédio contra o delírio, que contribuiria para resgatar as falsas ideias e chamar a mente para realidade. Segundo o autor a transformação que ocorria nos hospitais estava totalmente integrada a esses princípios. O isolamento e o poder institucional do diretor do Hospital, somados ao poder da medicina urbana de higienizar as cidades, davam ao médico um poder político muito grande (FOUCAULT, 2004).

Com a difusão dos manicômios, o tratamento moral passou a ser utilizado somente com sentido disciplinar. Utilizaram-se os métodos repressivos de forma excessiva para a garantia do controle da instituição manicomial e menos para o bem do paciente alienado. Na metade do século XIX, o manicômio se manteve como finalidade primordial de instrumento de segregação. A custódia dos loucos pelo poder disciplinar possibilitou tranquilidade à família e à sociedade. O poder disciplinar não foi aplicado somente em asilos psiquiátricos, mas também em prisões, casas de correção, escolas e hospitais (FOUCAULT, 2004; KIRSCHBAUM, 1997).

O paradigma psiquiátrico constituído dessa forma começa a ser questionado principalmente nos Estados Unidos, no período pós-Segunda Guerra Mundial, que desponta como um momento propício para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria. Começam a surgir em vários países,

questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de sua reformulação. Alguns desses movimentos colocavam em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas (AMARANTE, 2003b).

Destaca-se neste contexto, o médico psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) como precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática. Após a 2ª Guerra Mundial, Basaglia ingressou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia (Itália). No ano de 1961, quando assumiu a direção daquele hospital, iniciou mudanças significativas com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos. No entanto, à medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que sua simples humanização não seria suficiente, mas transformações profundas, tanto no modelo de assistência psiquiátrica, quanto nas relações entre a sociedade e a loucura, e na postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo, em meros objetos de intervenção clínica. Assumiu uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por se centrar no princípio do isolamento do louco, sendo, portanto excludente e repressora (AMARANTE, 2008). Após a leitura da obra de Michel Foucault "História da Loucura na Idade Clássica", Basaglia formulou a "negação da psiquiatria" como discurso e prática hegemônicos sobre a loucura. Ele não pretendia acabar com a psiquiatria, mas considerava que apenas ela, não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura. A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste (Itália), iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico. Neste, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os doentes mentais. No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou este serviço como a principal referência mundial para reformulação da assistência em saúde mental. A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou

a ser exercida em sua totalidade na rede territorial. Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, no ano de 1978, foi aprovada na Itália, a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia", que foi a base para a formulação, no Brasil, da Lei número 10.216 de 16 de abril de 2001 (AMARANTE, 2008).

2.2 A ORGANIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

A organização da psiquiatria brasileira, guardadas algumas particularidades locais e de tempo, bem como as circunstâncias que determinaram a presença do louco como um problema social e demandaram a necessidade de criação de instituições para controlá-lo no espaço urbano, no Brasil do século XIX, foi semelhante à ocorrida na Europa do século XVI. “Do mesmo modo que o tabaco e o café” a origem da assistência psiquiátrica brasileira, foi trazida da Europa para o Brasil, nos séculos que precederam o seu descobrimento (RESENDE, 2001, p.18).

No final do século XVIII, as cidades brasileiras eram pouco populosas, a economia era primitiva e baseada no trabalho escravo. A vida social se apresentava entre dois extremos: uma minoria de senhores e proprietários de um lado, a multidão de escravos e pobres de outro e, entre estes, um grande número de pessoas inadaptadas e sem trabalho, as quais se tornaram indesejáveis no meio social. Além dessas, outra categoria incômoda e nociva, formada por desocupados permanentes, tornou-se uma preocupação constante das autoridades pelo perigo que passou a representar.

Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros das cidades, e será arrastada na rede comum da repressão, à desordem, à mendicância, à ociosidade. Nas ruas, a presença dos doidos (como de resto dos outros marginais) se fará notar pelos “seus grotescos andrajos”, seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações

dos passantes (RESENDE, 2001, p. 35).

A vinda da família real, em 1808, marcou o início de um período de grandes transformações sociais, econômicas e culturais no Brasil Colônia, com a transferência da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro. Essa cidade, ao passar a ser a sede do Império, amplia significativamente sua população com a vinda da alta nobreza, de militares e de comerciantes para o Brasil, acompanhando a Corte Portuguesa. A assistência aos doentes no Brasil colonial era extremamente precária e a maior parte dos cuidados era prestada por curandeiros e sacerdotes católicos, especialmente os jesuítas (GEOVANINI, et al. 2005).

Os jesuítas trabalhavam nos hospitais “exercendo os papéis de médicos, farmacêuticos, e obtinham para isso a ajuda de escravas e escravos, emprestados ou doados por seus senhores”. Os hospitais da Irmandade da Santa Casa abrigavam os enfermos mais necessitados e confundiam-se com albergues para pessoas doentes que não tinham alguém para lhes oferecer cuidado (PADILHA, 1997, p. 92).

A primeira Santa Casa de Misericórdia no Brasil foi fundada por Braz Cubas, no estado de São Paulo, em 1543, ou seja, quarenta e três anos após o descobrimento do país. Peres (2008, p. 42) refere que o discurso que delineou a fundação dos hospícios para alienados no Brasil do século XIX teve origem em Portugal fundado na filantropia quando a pobreza passou a ser objeto de interesse das elites, e dessa forma considerada um instrumento de classificação e intervenção social. Com esse espírito de filantropia em Portugal, no final do século XV, foi fundada a Santa Casa de Misericórdia pela Rainha D. Leonor, viúva de D. João II, formada por uma Irmandade leiga, cuja finalidade era socorrer os necessitados sem distinção.

A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, assim como a do Rio de Janeiro, teve papel importante no cenário político, ideológico, cultural e de saúde no Brasil colonial. Ambas foram até a metade do século XIX as únicas instituições públicas existentes que atendiam a população, além de outras

instituições¹² que atendiam determinadas parcelas da população. Outras Santas Casas¹³ foram fundadas na época do Brasil Colonial, quase ao mesmo tempo em que as cidades brasileiras foram surgindo. Estas passaram a inserir os procedimentos disciplinares no país, fixando-se como dispositivo de controle na sociedade e, dessa forma, atendendo aos interesses econômicos, religiosos e políticos do governo português recém-instalado (PERES, 2008).

Em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas no Brasil, e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle, como a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social. O Rio de Janeiro teve um significativo crescimento demográfico, do qual decorreram vários problemas sociais e econômicos. Nesse contexto, a exemplo do que acontecera no século XVIII na Europa, a medicina teve um importante papel: a organização do espaço urbano (MACHADO, 1978; PERES, 2008).

Na época, no Brasil, os loucos eram colocados no mesmo espaço com outros “desviantes”, sendo submetidos a maus-tratos que frequentemente os levavam à morte. Essa situação foi motivo de crítica por parte dos médicos, que aliados ao provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira¹⁴, iniciaram a partir de 1830, um movimento para a criação de um lugar específico para os loucos: o hospício (AREJANO; PADILHA, 2005, p. 84).

A sociedade de medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829 com a mesma concepção política e teórica do movimento alienista europeu do século XVIII, particularmente o francês, teve como iniciativa a constituição de uma Comissão de Salubridade.

¹² As Ordens Terceiras atendiam associados; o hospital de lázaros atendia os leprosos; e os do Exército e da Marinha atendiam os militares e seus dependentes (PERES, 2008, p. 47).

¹³ No Brasil, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia instalou-se em: Olinda-BA (1539); Santos- SP (1543); Salvador-BA (1549); Rio de Janeiro- RJ (1582); Vitória-ES (1551); São Paulo-SP (1599); João Pessoa-PB (1602); Belém-PA (1619); São Luís - MA (1657) (PADILHA, 1997; PERES, 2008).

¹⁴ Considerado um dos fundadores do Império do Brasil. Tomou parte ativa de todos os acontecimentos que geraram a consolidação monárquica, desde a Independência em 1822 até a maioridade de D. Pedro II. Foi presidente da Câmara e do Senado em 1822, ministro e conselheiro do Império em 1838 e destacou a aliança da Santa Casa com a Faculdade de Medicina e Provedor da Santa Casa do Rio de Janeiro (PADILHA, 1997, p. 116-121).

Segundo Costa (2007, p. 39), “até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica”. De acordo com o autor, três médicos que faziam parte da Comissão de Salubridade (Luiz Vicente De-Simoni, José Francisco Xavier Sigaud e José Martins da Cruz Jobim) constataram as precárias condições dos loucos na cidade, fossem nas ruas, nas prisões ou nos hospitais.

No final da década de 1880 do século XIX, João Carlos Teixeira Brandão¹⁵ fez sérias críticas ao hospício, que segundo ele parecia um palácio para loucos, pois carecia de uma orientação técnica que fizesse dele uma verdadeira instituição médica, de tratamento de alienados. Teixeira Brandão alegava que o caos no hospício devia-se à má administração da Santa Casa, que se constituía como “verdadeiro Estado no Estado”, em permanente conflito com os médicos, só aceitando intervenção do poder imperial. As decisões administrativas da Santa Casa eram fortemente controladas pela presença das religiosas que faziam os serviços na enfermaria. Teixeira Brandão defendia um poder maior para os médicos, a fim de deter o controle absoluto da instituição, de acordo com o desenvolvimento e os resultados demonstrados pela ciência alienista (PERES, 2008).¹⁶

Padilha (1997, p. 112) refere que essa Comissão de Salubridade, composta somente por médicos, registrou em seu parecer as condições encontradas na Santa Casa do Rio de Janeiro:

A total impossibilidade da Santa Casa, em manter o seu funcionamento efetivo sem um saneamento de suas instalações, e critica toda a ambientação do hospital com relação à higiene, ao espaço físico e às condições de assistir os doentes, que os enfermeiros encontram.

¹⁵ Teixeira Brandão foi médico e diretor do Hospício D. Pedro II em 1887. Em sua gestão, criticou as instalações inadequadas para o tratamento de alienados, as deficiências na organização do hospício e a superlotação (BRANDÃO, 2010).

¹⁶ Relatório apresentado ao vice-presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. Fernando Lobo Leite Pereira, ministro de Estado dos Negócios do Interior em abril de 1892. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1892. Relatórios Ministeriais (1821-1960). Obtido via base de dados. Projeto de imagem de Publicações Oficiais Brasileiras do Center For Research Libraries e Latin-American Microfilm Project (PERES, 2008).

Costa (2007, p. 39-40) e Peres (2008, p. 48-50) assinalam que esses médicos, através da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, desencadearam um movimento de opinião pública com vistas à criação de um asilo, e fizeram fortes críticas ao modo como os loucos eram abandonados à própria sorte e peregrinavam pela cidade. As críticas da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro se estendiam aos métodos de tratamento empregados pelo pessoal da Santa Casa de Misericórdia. Decorrente desses movimentos, em 1841, o Imperador Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, a ser construído na cidade do Rio de Janeiro, o qual veio a ser inaugurado em 1852.

Desde sua inauguração, a administração do Hospício foi confiada às religiosas da Santa Casa de Misericórdia, permanecendo assim até 1881, quando a direção passou para as mãos do médico generalista Nuno de Andrade, que em 1886 foi substituído por Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra a ocupar aquele posto. Nessa época, iniciou o ensino regular da psiquiatria aos médicos generalistas (COSTA, 2007).

Em 1890, após a instauração da República, o Hospício Pedro II passou a chamar-se Hospício Nacional de Alienados e foi separado da administração da Santa Casa para colocar-se sob a tutela do Estado. Nas mãos dos psiquiatras, o hospício teve o mesmo destino anterior, quando administrado pelas religiosas, conforme revela um inquérito realizado em 1902 pelo governador Rodrigues Alves: “o Hospital Nacional, é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, sem qualquer fiscalização”. Nesse contexto, Juliano Moreira¹⁷ foi nomeado o novo diretor do Hospital Nacional, inaugurando “uma psiquiatria cujos fundamentos teóricos, práticos e institucionais constituiriam um sistema psiquiátrico coerente” (COSTA, 2007, p. 40-42).

Porto e Amorim (2007) assinalam que a consolidação do saber psiquiátrico no país se deu na Primeira República, com a

¹⁷ Juliano Moreira foi um médico brasileiro nascido em Salvador (BA) em 06 de janeiro de 1873. Aos 13 anos de idade, matriculou-se como interno na Faculdade de Medicina da Bahia, adquirindo o grau de doutor em 1891, com a tese *Sífilis maligna precoce*. Foi o primeiro professor da disciplina de psiquiatria, divulgava as ideias de Freud, sendo considerado por vários estudiosos como o precursor da psicanálise no Brasil, ao mesmo tempo que adepto e difusor da psiquiatria alemã (PORTO CARRERO, 1980).

saída dos religiosos e a consequente entrada dos psiquiatras no hospício. O saber psiquiátrico, fundado no modelo asilar, oriundo da França e instituído por Pinel, foi aqui reproduzido pelos alienistas brasileiros.

Para Tundis e Costa (2001) o hospício autorizava a inserção do louco em um espaço organizado, disciplinado e higiênico, para permitir que a loucura fosse identificada, explicada e tratada pelo médico.

Peres (2008) assinala que, com Pinel e seus seguidores, o hospício se tornou essencial no tratamento da doença mental e utilizado como tratamento de cura, proteção e enclausuramento.

Philippe Pinel iniciou as transformações dentro da psiquiatria na Europa no século XVIII, 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, 2003a).

O modelo instituído por Pinel reproduziu-se em toda a Europa, assim como no Brasil, com a fundação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, trezentos anos após o descobrimento do país. Além desse hospício no Rio de Janeiro, foram sendo construídas outras instituições psiquiátricas como o Hospital Psiquiátrico Juqueri em São Paulo (SP), em 1898, o Asilo João de Deus em Salvador (BA), em 1874, o Hospício São Pedro em Porto Alegre (RS), em 1884, e o Hospital Colônia Sant'Ana em São José (SC), em 1941, reproduzindo o mesmo modelo aprimorado por Juliano Moreira no Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 1993).

2.3 A ENFERMAGEM PROFISSIONAL NO MUNDO E NO BRASIL

Segundo inúmeros autores que vêm estudando a história da enfermagem, como Geovanini et al (2005), Gonzalez (1999), Oguisso (2007), Stuart e Laraia (2001), entre muitos outros, a origem da enfermagem moderna no mundo, aconteceu com a criação da Escola de Enfermagem por Florence Nightingale, no Hospital Saint Thomas em Londres, na Inglaterra, em 1860.

A Escola Nightingale constituiu o ensino padrão para a formação da enfermagem profissional no mundo moderno. Esse

sistema teve sua base no capitalismo e reproduziu a estrutura de classes sociais, com a divisão do trabalho em manual e intelectual, com a constituição de duas categorias de enfermeiras:

As *ladies* que procediam da classe social mais elevada e que desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de Enfermagem; e as *nurses* que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual de Enfermagem (GEOVANINI et al., 2005, p 27).

Os primeiros professores da Escola de Enfermagem de St. Thomas, foram os médicos, por serem na época os únicos qualificados para ensinar. A eles cabia decidir as funções que as enfermeiras poderiam desempenhar, o que estava de acordo “com as metas do projeto de profissionalização que a sociedade inglesa tinha interesse em compreender, e viriam a encaixar-se perfeitamente na cadeia hierárquica e no espaço disciplinado do novo hospital” (GEOVANINI et al. , 2005, p. 27).

Paixão (1979) abordou a difusão do sistema Nightingale em vários países da Europa e nos Estados Unidos, e a conseqüente reforma produzida na enfermagem através desse modelo. Nos Estados Unidos, em 1880, havia quinze escolas de enfermagem, e aconteceu uma rápida aceitação dessa profissão, criando-se nos anos seguintes, as associações de classes com o objetivo de atender aos interesses profissionais.

A profissionalização do cuidado de enfermagem a partir de Florence Nightingale, em meados do século XIX, proclama a saúde como equilíbrio das forças vitais, a natureza como força curativa e a doença como reação do organismo que busca um ponto de equilíbrio; o saneamento ambiental e a higiene individual como medidas profiláticas; o homem como força de trabalho no capitalismo industrial; e a enfermagem como profissão apropriada à parcela feminina da raça humana (TAVARES, 1999).

No Brasil, a criação da primeira escola de enfermagem surgiu em decorrência da necessidade de organização do

hospício moderno junto ao Hospital Nacional de Alienados. Surgiu então, em 1890, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, inspirada no modelo francês, em um contexto de luta dos médicos pelo controle político-científico do Hospício Pedro II. Essa escola tinha entre seus principais objetivos a preparação de pessoal para o trabalho de cuidar dos alienados num espaço medicamente concebido e, portanto, necessitado de mão de obra também médico-cientificamente orientada (MIRANDA, 1994).

Kirschbaum (1994, p. 61) assinala que a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras também tinha por objetivo formar profissionais para os hospitais militares existentes no país, além de promover a instrução e profissionalização das mulheres pobres. Disso decorriam algumas vantagens: incorporação e disciplinarização de um segmento da população excluído e "perigoso" (mulheres e meninas pobres e abandonadas), subordinação garantida destas aos médicos, evitando os conflitos que foram anteriormente enfrentados com as religiosas no hospício, e o estabelecimento desse local como instrumento médico de intervenção e sob a sua direção. De acordo com a autora, a opção pelo modelo francês, portanto, não foi casual ou por desconhecimento de outros modelos.

Geovanini et al. (2005, p. 33) também assinalam que a formação de pessoal de enfermagem, para atender aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, "principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras".

Existe divergência entre as historiadoras da enfermagem brasileira quanto ao afirmar, qual foi de fato a primeira Escola de Enfermagem no Brasil, nos moldes profissionais. Para Rocha (1994, p. 6), a enfermagem profissional surgiu no Brasil somente em 1923, com a criação da Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro. Para a autora, assim como para Padilha (1997), esta foi a primeira escola profissional criada no Brasil, pois anteriormente a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, criada em 1890, não havia se desenvolvido no sistema Nightingale, pois não foi organizada sob a orientação dessas enfermeiras.

No entanto, Geovanini et al (2005), Moreira (2002) e Porto; Amorim (2007) defendem que a Escola Profissional de

Enfermeiros e Enfermeiras¹⁸ criada em 1890 no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, era profissionalizante.

Moreira (2002, p. 627) aponta que a criação desta Escola, foi resultante do fato de que:

as irmãs de caridade e serventes do sexo feminino deixaram o Hospício Nacional de Alienados, Hospício Pedro II. Em meio à crise, os guardas e serviçais da instituição passaram a ser educados na escola, cujo objetivo era preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospícios e hospitais civis e militares do país.

Porto e Amorim (2007, p. 87) referem que, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras foi “necessária a contratação de enfermeiras”. Nesse sentido, a direção do hospital contratou cinco enfermeiras francesas, que permaneceram na instituição de 1891 a 1894¹⁹.

Apesar da discordância dos autores, o início do ensino da enfermagem no Brasil deu-se no “hospício”. No entanto, paradoxalmente, o cuidado de enfermagem nas instituições psiquiátricas brasileiras tem sido marcado pela baixa qualificação profissional, com a conseqüente precária assistência de enfermagem.

Embora o modelo de enfermagem nightingale tenha se difundido no mundo, quanto à especificidade do trabalho da enfermagem psiquiátrica, historiadoras brasileiras como Miranda (1994), Moreira (2002), Oguisso (2007), Rocha (1994), entre outros, apontam o fato de que a enfermagem desenvolvida nos hospícios não seguiu esse modelo.

¹⁸ A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras foi criada pelo Decreto Federal 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro - UNIRIO (GEOVANINI et al., 2005, p. 33)

¹⁹ Essa providência foi divulgada na imprensa escrita da época, no Jornal do Comércio, Seção Gazetilha, em 9 de outubro de 1890 (PORTO; AMORIM, 2007, p. 87).

2.4 A IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA EM SANTA CATARINA DO INÍCIO DO SÉCULO XX ATÉ 1970

Até o século XIX, não havia em Santa Catarina qualquer intervenção médica no espaço urbano social com ações sobre os indivíduos e o meio ambiente com o intuito de conter ou prevenir doenças. Nessa época, a Câmara Municipal de Florianópolis (SC) estabeleceu as primeiras medidas de fiscalização quanto à limpeza da Vila, para evitar sujeira, podridão, odores e possíveis doenças. De acordo com Coelho (1998), as intervenções sanitárias acontecidas no fim do século XIX e início do século XX, visavam à criação de uma nova imagem, atendendo aos interesses das elites que almejavam o afastamento da população pobre e inculta da cidade.

Para Araújo (1989), as reformas urbanas em Florianópolis (SC) no primeiro período da República tinham por objeto o ajustamento do meio social urbano, ou seja, a eliminação do centro da cidade de tudo que comprometesse sua aparência. Assim, a cidade se rendeu aos princípios do pensamento positivista que tomaram conta do país no início do século XX. A necessidade de higiene exigia intervenção médica sobre o que aparecia como foco privilegiado de doenças, ou seja, os loucos, os marginais, as prostitutas e os pobres. Dessa forma, com o objetivo de organizar a cidade surgiu a necessidade de construção de hospitais, prisões, orfanatos, cortiços e outras instituições que servirão de aparatos de segregação social.

Os relatórios policiais de Florianópolis (SC) na década de 1920 propunham a constituição de instituições como hospícios, institutos disciplinares para menores e uma penitenciária. Destaca-se também a ação policial que se intensificava de forma ostensiva, reprimindo a população "indesejada" que circulava pela cidade (MIRANDA, 1998, p.35). Assim, em 1926, foi construída a penitenciária de Florianópolis, marcando o início do processo de exclusão social dos indesejáveis, no estado catarinense.

Juntamente com a penitenciária em Florianópolis (denominada Pedra Grande) foram criados também, em 1926, o Asilo de Órfãos São Vicente de Paula e o Asilo de Mendicidade Irmão Joaquim. Em 1940, foi criado o Abrigo de Menores da Congregação dos Maristas, consolidando uma rede de "proteção"

aos infratores, idosos e menores abandonados (REBELO; CAPONI, 2007).

Atendendo a essa perspectiva, na década de 1940 do século XX o Governador Nereu Ramos²⁰ construiu três hospitais na Grande Florianópolis²¹ que tiveram como finalidade sanear o meio social. Assim surgiu em 1940, o Hospital Colônia Santa Teresa (HCST), para leprosos, em 1941, o Hospital Sant’Ana (HCS), destinado a doentes mentais, e em 1943, o Hospital Nereu Ramos (HNR), para tuberculosos e portadores de outras doenças infectocontagiosas (BORENSTEIN, 2000).

Esse processo consolidou-se posteriormente, no início da década de 1950, com a criação da Vila Palmira, organizando também um espaço próprio para a prostituição. Ainda mais tarde, na década de 1970, o Manicômio Judiciário foi criado, para o “louco infrator”, atendendo a uma antiga reivindicação dos técnicos e da direção do HCS (FERRARI, 2008; MELO, 2004).

Dessa forma, do final da década de 1920 até o alvorecer da década de 1970 do século XX, com a criação dessas instituições, Santa Catarina seguiu à risca a teoria científica fundamentada em princípios genéticos e hereditários, de acordo com a política do governo federal de Getúlio Vargas, e seguida da mesma forma pelo governador catarinense Nereu Ramos, fundamentada na “eugenia da raça”. Essa política de afastar os “diferentes e indesejáveis” do meio urbano social perdurou por décadas e estava centrada em uma filosofia que de acordo com Borenstein (2004, p. 51):

Vinha permeando as políticas públicas dos países de 1^o mundo, especialmente dos totalitários (Alemanha – nazista e a Itália – fascista), que parecia estar relacionada com o que Foucault [...] abordou sobre as questões relativas à higiene, na qual

²⁰ Nereu Ramos (03/09/1888-16/06/1958). Em 1934, exerceu o cargo de deputado na Assembleia Nacional Constituinte e assumiu o governo de Santa Catarina por meio de eleição indireta (1935-1937). Nomeado interventor federal do Estado após o golpe de 1937, ocupou o cargo até 1945, quando teve fim o Estado Novo (NEREU, 2010).

²¹ A Grande Florianópolis compreende os municípios de Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas (ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS, 2010a).

medidas deveriam ser tomadas, em benefício da saúde individual e da comunidade, para a manutenção de uma espécie saudável e, principalmente, produtiva e geradora de riquezas. A saúde era um imperativo individual e grupal, e o Estado deveria sutilmente, manter certo poder de polícia, no controle da manutenção da saúde.

2.5 A TRAJETÓRIA DO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA

A história do Hospital Colônia Sant'Ana (HCS), desde sua inauguração, em 1941, até 1971, e seus reflexos na assistência psiquiátrica em Santa Catarina serão contextualizados a seguir, com o objetivo de proporcionar uma visão mais clara do processo histórico de sua constituição.

2.5.1 O Hospital Colônia Sant'Ana em seus primeiros passos e a mudança de gestão (1941 - 1971)

O Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) foi inaugurado em 1941, no local do Distrito de Salto do Imaruim, município de São José (SC), durante o governo do interventor Nereu Ramos. O local escolhido para sua edificação era eminentemente rural, ficava a uma distância de 25 km da capital, Florianópolis, e seguiu o modelo idealizado pelo psiquiatra Philippe Pinel na França (SILVA, 2001).

Essa concepção instituída pelo psiquiatra francês ganhou força no Brasil até a primeira metade do século XX, sendo adotada como filosofia para a construção dos hospícios no país na “Era Vargas”, a qual se constituía na edificação de hospitais colônias, distante das cidades e destinados a grandes hospícios, cuja finalidade era manter os internos agrupados, segregados, ‘trabalhando e produzindo’, grande parte do que consumiam, para que o Estado tivesse o menor ônus possível com a manutenção destes doentes e dos

respectivos hospitais (BORENSTEIN, 2004, p. 65).

Sua inauguração aconteceu em meio a um grande entusiasmo e com a participação da alta sociedade catarinense e de muitos políticos do Estado. Previsto para funcionar com 300 leitos, recebeu seus primeiros pacientes do Asilo de Azambuja (Brusque-SC) e do Hospício Oscar Schneider²² (Joinville-SC).



Figura 1: Inauguração do HCS em 1941

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Figura 2: Jornal A GAZETA de 1941. Notícia sobre a inauguração do HCS.

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Os primeiros pacientes chegaram ao HCS, juntamente com as Irmãs da Congregação da Divina Providência²³, em janeiro de

²² O Hospício Oscar Schneider foi construído em Joinville na década de 1920 para servir como local de isolamento para doentes mentais, e desativado em 1942 (MELLO, 2002).

²³ A Congregação das irmãs da Divina Providencia foi fundada pelo Padre Eduardo Michelles, na Alemanha, na cidade de Múnster, em 03 de novembro de 1842, inspirado em São Vicente de Paulo (1581-1660). Este se preocupou para que as Irmãs fossem educadas e bem preparadas para o futuro, que se tornassem irmãs com fundamentos religiosos e conventuais. Nestas exigências estava implícito o voto

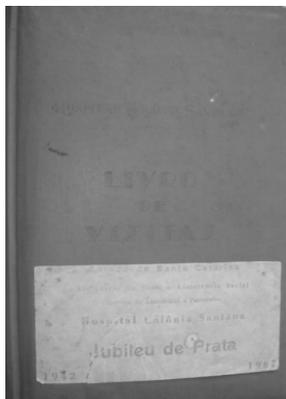
1942. Eram 311 internos, ou seja, onze a mais do que sua capacidade máxima, o que demonstra desde o início sua vocação para a superlotação.

Segundo o discurso de seus idealizadores, a Colônia Sant'Ana foi construída em um local afastado da cidade, numa paisagem encantadora, de estilo sóbrio e agradável arquitetura se harmonizando com o “ajardinamento e a arborização”, servindo para tornar a “vida dos pacientes, um recreio ameno e continuado”. O hospital foi construído nos moldes modernos da época, com proposta técnico-científica e arquitetura (pavilhonar) consideradas de ponta, pois permitiam a divisão e a classificação do espaço por categoria. Possuía confortáveis instalações e modernos equipamentos para acomodação e tratamento dos pacientes (FONTOURA, 1997, p. 56).

O trabalho era desenvolvido em sua maioria pelas religiosas, tanto na administração como na assistência, e foi publicamente reconhecido em várias ocasiões. Em 1955, por exemplo, o Governador Irineu Bornhausen²⁴ realizou uma visita oficial ao HCS e registrou no “Livro de Visitas” a seguinte observação:

religioso de pobreza, castidade e obediência. Para isto, recorreu a Congregação das Irmãs “de La Divine Providence”, da Alsacia, fundada em 1783. Após a formação das primeiras irmãs, estas voltaram para Múnster, e deram continuidade aos trabalhos iniciados pelo Padre Eduardo, no orfanato. Em 1860 chegou em Santa Catarina, o padre Francisco Topp, que foi designado para trabalhar em Teresópolis, atual município de Águas Mornas. Este tinha como sonho fundar escolas e hospitais e viajou para a Alemanha, para trazer para a localidade, “Irmãs Enfermeiras e Irmãs professoras”. No dia 27 de março de 1895, procedentes de Munster, chegaram a Florianópolis, as primeiras seis irmãs enfermeiras e professoras, que foram enviadas para as cidades de Blumenau, Tubarão e Laguna, onde deram início as atividades da Congregação da Divina Providencia em Santa Catarina. Posteriormente, a Congregação se instalou em outros municípios do estado catarinense, bem como nos Estados do Paraná e Rio Grande do Sul. Chegaram a cidade de Brusque em 29 de junho de 1902, por iniciativa do Padre Elsing, para assumirem a obra iniciada por ele, o Asilo de Azambuja, cujo objetivo era abrigar idosos e doentes mentais. Este funcionou até 1942, quando os doentes, juntamente com as irmãs foram transferidos para o então recém inaugurado HCS (PIAI, 1997; PIAI, 2010).

²⁴ Irineu Bornhausen foi governador de Santa Catarina no período de 1951 a 1956. Sua gestão foi marcada pelo pagamento de todas as dívidas do governo anterior, remodelamento de duas importantes rodovias, construção de estradas, início da obra de abertura da rodovia da Serra do Rio do Rastro. Tinha, grande preocupação com a agricultura e a pecuária do Estado (IRINEU, 2010).



“[...] Inaugurada a Enfermaria Santa Rosa, com mais de cem leitos, foram percorridas as demais dependências, que pela ordem e asseio causaram os mais plausíveis elogios ressaltando o zelo da Direção e a dedicação da R.R. Irmãs da Divina Providência, coadjuvadas pelo espírito público do funcionalismo” (BORNHAUSEN, 1955, p. 3).

Figura 3: Livro de visitas do HCS (1955).
Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Melo (2004) relata a euforia inicial causada pela construção do HCS, com base na crença de que sua construção resolveria todos os problemas de Santa Catarina em relação à assistência psiquiátrica. Porém, no transcorrer de seus primeiros dez anos de existência, essa crença já começou a mudar, pois a instituição se mostrou insuficiente para receber o grande número de pessoas que eram encaminhadas, tornando-se um eterno canteiro de obras, preparando suas instalações para receberem cada vez mais e mais pacientes psiquiátricos.

A equipe de enfermagem era composta pelas irmãs da Divina Providência, por vigilantes e pelos práticos que eram chamados de “enfermeiros”. A forma de admissão dos funcionários no hospital variava; as irmãs, por exemplo, eram encaminhadas pela Congregação, os “enfermeiros” e os vigilantes eram indicados por outros funcionários e encaminhados pelo diretor ao Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP)²⁵ para realizar os exames admissionais. Neste processo de contratação “não havia uma preocupação com o conhecimento desses trabalhadores em relação ao trabalho que iriam realizar”, assinalou Borenstein (2004, p. 68-70).

²⁵ O DASP, sigla coincidente com outra de organismo federal, foi modificada para DSP (Departamento de Saúde Pública) em 1970 sob a forma autárquica pela Lei n. 4.547, de 31 de dezembro (LOPES; CAETANO, 2008).

O número de altas no HCS sempre foi significativamente menor que o número de admissões, fazendo com que num curto espaço de tempo ocorresse superlotação. As pessoas permaneciam internadas sem as devidas condições para o atendimento, com pouca ou nenhuma perspectiva de retorno sócio-familiar. Cronificavam-se no processo da doença, tornavam-se recessivas ao tratamento e foram permanecendo na instituição, passando a depender dela para sua sobrevivência²⁶. Essa situação de superlotação e asilamento durante muitos anos foi a marca do HCS, que em 1947 já possuía 428 internos, sob os cuidados das Irmãs da Divina Providência (SERRANO, 1998).

Santos (1994) refere que, na década de 1940, havia em Santa Catarina apenas um ambulatório de doença mental pertencente ao Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM), localizado na unidade sanitária do DASP em Florianópolis. Este atendia em média 165 pacientes por mês e servia também como local de triagem para o HCS, cujos internos eram compostos principalmente por homens vindos de toda parte do Estado, com destaque para os municípios de Florianópolis, Tijucas, Palhoça e São José, todos próximos do HCS.

Com o aumento progressivo do número de internos, o HCS passou por melhorias e ampliação do espaço físico, e em 1950 já possuía 534 internos. O discurso oficial era da construção de um novo hospital para atendimento de doentes mentais agudos, com a intenção de que este passasse a atender somente os doentes crônicos, tendo em vista a saturação de sua capacidade. Porém, devido à falta de recursos financeiros do Estado ou da iniciativa privada para a construção de um novo hospital, investia-se na ampliação do HCS (TEIXEIRA, 1993).

Santos (1994, p. 90) registra que de 1951 a 1954 o HCS atendeu cerca de 4.350 pessoas, das quais 1266 foram

²⁶ Esse processo de dependência institucional é denominado institucionalização, e ocorre quando o indivíduo vive dentro de instituições tidas como totais. A partir de um estudo de campo realizado por Erving Goffman em um hospital psiquiátrico, cujo objetivo era “conhecer o mundo social do internado, na medida em que esse mundo é subjetivamente vivido por ele”, cunhou-se o conceito de instituições totais. Nestas se destacariam a carreira moral, a estigmatização ou a mortificação do eu e a ausência de trocas sociais. “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2008 p.8-11).

consideradas “curadas”, 246 “melhoradas”, enquanto 222 morreram na instituição. Nessa década também aumentou consideravelmente a demanda psiquiátrica no SNDM em Florianópolis, onde foram atendidas 2.390 pessoas, somente no ano de 1953.

Esses dados evidenciam a política de exclusão instituída na primeira metade do século XX para a doença mental, que, ao ser organizada num espaço próprio por ter se tornado “de âmbito médico”, era preciso internar o doente para tratá-lo num espaço moral de exclusão (FOUCAULT, 2004, p. 8).

Marques (2003, p. 30-31) destaca que desde 1942, os relatórios dos diretores do HCS referiam à superlotação do hospital, já caracterizado como um “asilo, e não como um hospício voltado para a devolução dos doentes à sociedade”. A assistência, anteriormente prestada pelas irmãs, caracteristicamente religiosa, passa progressivamente para o de abordagem medicalizada, centrada no saber e na figura do médico.

Corrêa (1996, p. 87) apresenta parte de um relatório do diretor Antônio Santaella²⁷ encontrado nos arquivos do hospital em 1951, no qual consta:

Foi necessário programar a terapêutica aos doentes para possibilitar maior número de altas. Conseqüentemente, ocorreu maior número de internações. Também se desdobraram as atividades, ampliando o serviço de ambulatório em Florianópolis para onde foi encaminhado grande número de doentes do hospital, interligando-os com os serviços dos médicos da Colônia. Durante o ano de 1951, intensificou-se a terapêutica nos doentes mentais, a fim de compensar o grande número de internações. Acentuaram-se as diversas modalidades de tratamento, e, como conseqüência, obtiveram-se 253 altas para 287 novas internações, com um percentual de curas de 26,2%, representando o mais alto índice até então obtido no hospital.

²⁷ Antonio Santaella foi diretor do Hospital Colônia Sant’Ana de 1951 a 1955 (ACERVO/IPq-SC\HCS, 2010).

Nesse relatório, consta ainda que o número de guardas existente em 1951 era insuficiente para os 613 pacientes internados, pois dificultava as atividades e facilitava as fugas dos internos. Foram instituídas algumas estratégias na tentativa de diminuir o número de internos, entre as quais o serviço de assistência heterofamiliar²⁸ como possibilidade de readaptação do doente ao meio familiar (CORRÉA, 1996).

No entanto, Fontoura (1997, p. 89) refere que com o passar do tempo, esse projeto foi inviabilizado, “pois os pacientes passaram apenas a desempenhar o papel de empregados dos funcionários, fugindo a premissa da experiência”.

Melo (2002, p. 54) apresenta outro “Relatório de Atividades” do HCS, de 1951, encaminhado pelo diretor do hospital, Dr. Santaella, ao Secretário de Justiça, Educação e Saúde, no qual relata o aumento de pacientes e a insuficiência do serviço para atender à demanda. Ainda nesse relatório, Dr. Santaella enumera alguns itens considerados fundamentais para a implantação de um programa de humanização: aumento do número de leitos, construção de um pavilhão para tuberculosos, aumento da assistência a psicopatas agudos e construção do manicômio judiciário, a fim de desafogar o HCS do grande número de doentes criminosos.

Em 1952 o número de pacientes no HCS elevou-se para 800, o que agravou a situação devido ao reduzido quantitativo de médicos e funcionários para atendimento, principalmente nas celas, onde se encontravam os pacientes em surtos psicóticos, constando na época o registro de grande número de óbitos. Além da assistência heterofamiliar, houve aumento no número de médicos contratados (um psiquiatra, um fisiologista, um cirurgião e um clínico), foi adquirido um aparelho de cinema para entretenimento dos doentes e funcionários, e ainda aumentou o serviço de identificação e cadastramento. Foram realizadas várias reformas e construções, organização da biblioteca e criação de centro de estudos. Iniciou-se a construção do pavilhão Adauto Botelho para tuberculosos, aumentando também o número de funcionários (FONTOURA, 1997, p. 90-91).

²⁸ A assistência heterofamiliar consistia no encaminhamento do doente mental para trabalhar na residência do funcionário do HCS. De acordo com seu desempenho no trabalho e o desempenho apresentado, o paciente poderia ser readaptado ao meio sócio-familiar e se tornaria apto a receber alta hospitalar (BORENSTEIN et al., 2007).

Os investimentos realizados no HCS nessa década de 1950 evidenciam a renovação da crença de que a ampliação do HCS e melhoria de sua estrutura resolveria os problemas da saúde mental no estado catarinense e os problemas da instituição. No entanto, as melhorias contribuíram significativamente para o aumento das internações no HCS. No ano de 1967, internou 1.773 pessoas no HCS, e em 1968, Santa Catarina contribuía com alto número de leitos extras²⁹, isto é, “leitos-chão”, ou camas improvisadas no chão para internação de pacientes. Em 1970, possuía 2.200 internos em precárias condições assistenciais (TEIXEIRA, 1993).

Com a incorporação do HCS à Fundação Hospitalar de Santa Catarina a partir dos anos 70, iniciou-se uma nova política de atuação psiquiátrica no Estado, a qual buscava a interiorização da assistência psiquiátrica, já que essa se concentrava basicamente em Florianópolis.

A Fundação Hospitalar de Santa Catarina foi instituída pela Lei n. 3765, de 15 de novembro de 1965. Sofreu alterações pela Lei n. 4547, de 31 de dezembro de 1970, dispondo sobre reformas administrativas e dando outras providências com o objetivo de executar a política de saúde, organizando e operando uma rede hospitalar na defesa de saúde e assistência médico-social. O HCS foi instituído pelo Decreto-Lei n. 416, de 30 de janeiro de 1940, e incorporado à FHSC pelo Decreto n. SES-09, de 24 de março de 1971, que aprova a reforma dos estatutos da Fundação (LOPES; CAETANO, 2008).

A justificativa para essa política de interiorização era a necessidade de implementação da psiquiatria preventivista ou comunitária, e também a necessidade do Estado cortar os gastos com internações psiquiátricas. Nesse mesmo ano, o HCS e o DASP iniciam a implantação de metas prioritárias estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC), a qual recomendava a capacitação e reciclagem de recursos humanos para atendimento de doentes mentais, recuperação física, técnica e administrativa do HCS. Iniciava-se, portanto, um

²⁹ As pessoas eram internadas sem a disponibilidade de vaga, sendo acomodadas em colchões no chão, quando disponíveis. Infelizmente, devido à diminuição do número de leitos para internação, sem a devida oferta de trabalhos substitutivos nos municípios catarinenses, atualmente, o IPq-SC ainda lança mão desse dispositivo, internando pacientes além de sua capacidade, no chão, que oficialmente constam no senso como leitos-extras (NOTA DA AUTORA).

discurso de tentar romper com a centralização da assistência psiquiátrica no HCS (SANTOS, 1994).

Salvo essa primeira tentativa de romper com o modelo hospitalocêntrico criado pela psiquiatrização da doença mental, desde sua inauguração em 1941 até 1971, portanto, durante 30 anos, o HCS e seu modelo assistencial se mantiveram hegemonicamente no circuito estadual. O discurso político seguia a linha de isolar o doente para proteção da sociedade, aumentar número de leitos para abrigar a demanda e continuar as reformas na área física.

Mesmo sendo reduzido o número de psiquiatras no HCS e no Estado, as internações psiquiátricas aumentavam vertiginosamente, ampliando cada vez mais a ideologia da doença mental *versus* aparelho repressivo. Essa política continuou a ser desenvolvida durante toda a década de 1960, e como consequência o HCS chegou a abrigar “mais de 2.000 doentes, demonstrando claramente a falência deste modelo” (BORENSTEIN, 2004, p. 76).

Esse momento refletia um período bastante conturbado da história brasileira, caracterizado pelo golpe militar de 1964, quando o país se viu às voltas com uma ditadura que duraria mais de vinte anos. No caso específico da psiquiatria, o governo abriu as portas para a iniciativa privada, reduzindo o investimento para o setor público. Com o repasse de “polpudas verbas” para o setor privado sob a alegação de que este era melhor qualificado, o governo militar propiciou desvio de verbas e desorganização do sistema público, contribuindo para a desigualdade social. O trabalho dos pacientes na manutenção do hospital, mascarado sob o argumento da praxiterapia, assumiu uma importância cada vez maior no tratamento, passando a ser considerado uma forma eficiente de valorização do trabalho, bem como uma forma de baratear os custos (MELO 2004).

Nesse período, surgiram no Brasil rumores sobre os trabalhos desenvolvidos na assistência à saúde mental, por Franco Basaglia na Itália. Sua estratégia de desmonte do modelo hospital-asilo começava a provocar discussões no mundo, com reflexos na política de assistência. O trabalho desenvolvido por Basaglia se transformou em um dos marcos mais notáveis do movimento denominado de Reforma Psiquiátrica, que ganhou força no Brasil no final da década de 1970. O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi contemporâneo à eclosão

do “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, da defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão da assistência (AMARANTE, 2003b).

O movimento sanitário no Brasil ocorrido na década de 1970 teve suas raízes no fim do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, quando o país passava por um processo de crescente industrialização, urbanização e aglomeração populacional nas cidades, na busca por emprego. Dentro desse quadro, houve deterioração das condições de vida da população pobre e conseqüente aumento significativo no número de epidemias, originando maior pressão social da massa operária urbana sobre o Estado, que passou a intervir na sociedade de forma geral, inclusive na saúde. Até o início do século XX, a cura de doenças era realizada por instituições de caridade sustentadas pela Igreja e por doações, ou por médicos que atendiam apenas aqueles que podiam pagar por seus serviços, pois o Estado não participava dessa assistência (VERDI, 2002).

Em 1923, surgiu a Previdência Social Brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Através delas algumas empresas ofereciam aos seus funcionários assistência médica curativa, além de aposentadorias e pensões. As CAPs em 1932 foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que atendiam trabalhadores de uma determinada categoria profissional, com alguma participação do Estado. Entre os anos de 1945 e 1964 foi criada a carteira de trabalho, bem como o Ministério da Saúde, e por volta de 1966 ocorreu a fusão dos IAPs, surgindo o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para unificar e executar as políticas de previdência e assistência, com uma participação ainda maior do Estado. O INPS, em 1977, passou a denominar-se Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e houve maior cobertura à população quando todos os trabalhadores urbanos e parte dos trabalhadores rurais foram inseridos e, conseqüentemente, um considerável aumento de gastos. Esse modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população, sem integralidade e com nítida

separação entre a prevenção e a cura³⁰ (OLIVEIRA, 2000).

Foi nesse contexto político de um movimento transformador no sistema de saúde, que no início da década de 1970, o engenheiro Colombo Machado Salles³¹ assumiu o governo de Santa Catarina, com a missão de dar prosseguimento ao plano de desenvolvimento do Estado, com base no modelo nacional. Para ocupar a gestão na Secretaria de Estado da Saúde (SES-SC), o médico Henrique Manoel Prisco Paraíso foi escolhido para organizar as estratégias de desenvolvimento e reorganização administrativa do setor.

Havia metas específicas a serem atingidas na saúde mental, para as quais Paraíso (2009) estruturou uma equipe composta por técnicos e professores da UFSC, configurando com esse ato a entrada do saber técnico-científico na saúde mental do Estado, e mais especificamente no HCS, ocorrendo intensas transformações, as quais esta pesquisa se propôs a historicizar.

³⁰ O Movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 1970, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa surgiu a proposta para que a saúde passasse a ser um direito do cidadão, um dever do Estado e de caráter universal. Esse pensamento resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1989, fundado nos princípios de universalidade, igualdade, descentralização e integralidade das ações (OLIVEIRA, 2000).

³¹ Colombo Machado Salles nasceu em Laguna em 1926. Foi engenheiro e político. Na década de 1960 exerceu o cargo de secretário de governo do Distrito Federal e foi governador de Santa Catarina de 15 de março de 1971 a 15 de março de 1975. Teve como vice-governador o empresário Atilio Fontana. Seu governo fundamentou-se no Plano Catarinense de Desenvolvimento. A estratégia do projeto era a dinamização dos centros urbanos já relativamente desenvolvidos, para que concentrassem parcelas de renda e permitissem um reimpulsionamento econômico com repercussões sociais. Foi precedido por Ivo Silveira e sucedido por Antônio Carlos Konder Reis (PIAZZA, 1985).

3 REFERENCIAL TEÓRICO FOUCAULTIANO: SABER/PODER E VERDADE

Michel Foucault (1926-1984) foi filósofo, historiador e professor de História dos Sistemas de Pensamento no Collège de France, de 1970 a 1984. Suas obras, desde a *História da loucura*, situam-se dentro de uma filosofia do conhecimento. Suas concepções sobre o saber/poder e o sujeito romperam com as ideias modernas a respeito desses termos. Foucault trata principalmente do tema do poder, motivo que o levou a estudar o poder disciplinar e o biopoder. Desenvolveu suas pesquisas mais como historiador do que como filósofo, e chegou à conclusão de que o saber e o poder estão intimamente ligados. Defende que não existe uma verdade absoluta, mas sim diferentes verdades sobre a realidade em diferentes momentos, que atendem às necessidades do poder. Em lugar de uma análise histórica, realizou o que denominou de genealogia, ou seja, um estudo histórico que não busca uma origem única e causal, mas que se baseia no estudo das multiplicidades e das lutas (STRATHERN, 2003).

Ler os escritos de Michel Foucault é viajar por um mundo intelectual árduo, de difícil compreensão, constituindo-se num grande desafio acadêmico. Existe uma gama infindável de pesquisas e artigos cujos autores utilizaram os escritos do pensador francês em várias áreas do conhecimento, como a medicina, o direito, a enfermagem e muitas outras. A cada perspectiva, fica mais evidente toda a complexidade de seu pensamento.

Para explorar a temática do poder, percebi a necessidade de conhecer e compreender a ênfase metodológica de suas pesquisas, e assim possibilitar o estabelecimento de “links” de suas considerações sobre o poder e as transformações ocorridas no HCS e na enfermagem a partir do ingresso dos enfermeiros (1971-1981), tema central de minha tese. Daí a importância da compreensão das fases arqueológicas e genealógicas de seus estudos.

A fase denominada de arqueologia³² caracteriza o final dos anos 1970, o método de pesquisa do filósofo. Para a autora, uma arqueologia, em sua definição de base,

não é uma história, na medida em que, como se trata de construir um campo histórico, Foucault opera com diferentes dimensões (filosófica, econômica, científica, política, etc.) a fim de obter as condições de emergência dos discursos do saber de uma dada época. Ao invés de estudar a história das ideias em sua evolução, ele se concentra sobre recortes históricos precisos – em particular, a Idade Clássica e o início do século XIX, a fim de descrever não somente a maneira pela quais os diferentes saberes locais se determinam a partir de novos objetos que emergiram num certo momento, mas como eles se relacionam entre si e desenham de maneira horizontal uma configuração epistêmica coerente (REVEL, 2005, p. 16).

Utilizando uma definição mais ampla, que insere o conceito e o relaciona a outros presentes nas obras de Foucault, Revel (2005, p. 17) contextualiza que na arqueologia encontra-se a ideia de um começo, de princípio, da emergência do conhecimento de determinados objetos. Refere que “a arqueologia visa na verdade, o presente” [...] “Colocar a questão da historicidade dos objetos de saber é, de fato, problematizar nosso próprio pertencimento, ao mesmo tempo, a um regime de discursividade dado, e uma configuração do poder”.

Na metodologia foucaultiana, a arqueologia e a genealogia se constituem como dois conjuntos complementares, sendo sua diferença não tanto de objeto ou de domínio, mas de ponto de ataque, de perspectiva e de delimitação. Para Foucault (1998, p. 60), a arqueologia

[...] procura cercar as formas de exclusão, da

³² O termo arqueologia aparece três vezes nos títulos das obras de Foucault: Nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico (1963), As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas (1966) e Arqueologia do saber (1969) (REVEL, 2005, p. 16).

limitação, da apropriação [...]; mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que forças exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas.

Para Revel (2005, p. 17), Foucault abandonou o conceito de arqueologia em proveito do termo genealogia no início dos anos 1970, insistindo na necessidade de dirigir suas análises para o presente, isto é, para as “determinações históricas de nosso próprio regime de discurso”.

Rabinow e Dreyfus (1995) referem que o método arqueológico não levava em conta a verdade ou a falsidade dos enunciados propostos por cada um dos domínios que analisava. Para os autores, Foucault não buscou a verdade ou a falsidade dos fatos, mas pretendeu tratar sobre o que foi dito, buscando clarificar as regras que regem os discursos científicos, e assinalam que a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade.

Foucault (2007a, p. 167-177), no capítulo *Genealogia e poder*, explora o caráter local da crítica através do que poderia chamar de “retorno de saber”. Para o autor, a crítica do saber produziu “o que se poderia chamar de insurreição dos saberes dominados”, ou seja, os “conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais”, os blocos do saber histórico que a crítica fez reaparecer através do instrumento da erudição. Para o filósofo, os saberes dominados são “os saberes desqualificados ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido de conhecimento ou de cientificidade”, como o do doente mental e do enfermeiro, etc. Esses saberes desqualificados o autor chamou de saberes particulares, regionais, locais ou diferenciais, incapazes de unanimidade e que só devem sua força à dimensão que os opõe a todos aqueles que o circundam.

Dessa forma, para Foucault (2007a, p. 171) delineou-se o que denominou de uma genealogia, entendida

Ao mesmo tempo como redescoberta exata das lutas, e memória bruta dos combates. E

esta genealogia como acoplamento do saber erudito e do saber das pessoas, só foi possível e só se pôde tentar realizá-la à condição de que fosse eliminada a tirania dos discursos englobastes com suas hierarquias e com os privilégios da vanguarda teórica.

Por outro lado, o conjunto genealógico põe em prática outros princípios que se formaram, apesar ou com o apoio da arqueologia:

[...] este concerne à formação efetiva dos discursos, quer no interior dos limites do controle, quer no exterior, quer a maior parte das vezes, de um lado e de outro da delimitação. A crítica analisa os processos de rarefação, mas também de agrupamento e de unificação dos discursos. A genealogia estuda sua formação ao mesmo tempo dispersa descontínua e irregular (FOUCAULT, 1998, p. 65-66).

Foucault (1998) entende a genealogia como uma atividade de investigação trabalhosa, que procura os indícios nos fatos desconsiderados e desvalorizados e mesmo apagados pelos procedimentos da história tradicional, na busca da confirmação das suas hipóteses.

A pesquisa genealógica para Foucault (2007a, p. 171) é o levante dos saberes “contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade”. Para o autor, independentemente do local onde se realize a institucionalização do discurso científico, a genealogia deve combater os efeitos de poder característicos desse discurso.

Finalmente Foucault (2007a, p. 172) define a genealogia como um “empreendimento para nos libertar da sujeição dos saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico”.

Em todas as fases, seja na arqueologia ou na genealogia,

Foucault (2007a) se dedicou a analisar o processo histórico de constituição do sujeito moderno. Com a primeira, investigou a posição e formação do sujeito do conhecimento por meio das regras discursivas do saber, e com a segunda sua posição e formação por meio das práticas sociais.

O poder, na realidade, não se configurou no tema central de estudos de Foucault. O objetivo de análise foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais os seres humanos tornaram-se sujeitos. No entanto, em todas as suas obras, tratou da questão do poder de forma muito condensada, pois, considera que o sujeito humano é colocado em relações de produção e de significação, ao mesmo tempo em que é igualmente colocado em relações de poder muito complexas (FOUCAULT, 2007a).

A compreensão temporal e temática do estudo de Foucault é de extrema importância para me situar em seus estudos. Nesta pesquisa utilizei a genealogia do poder foucaultiano, destacando e analisando as disposições do corpo atravessado pelos poderes e pelos saberes, enquanto elemento fundamental nas transformações ocorridas no HCS, e mais especificamente na enfermagem, a partir do ingresso dos enfermeiros e seus saberes, no período de 1971 a 1981.

3.1 A ANALÍTICA DO PODER DE MICHEL FOUCAULT

Em diversos momentos da elaboração da analítica do poder, Michel Foucault se utiliza de uma distinção entre dois modelos ou duas representações do poder: o modelo do direito (ou a representação jurídico-discursiva) e o modelo estratégico (ou a representação do poder enquanto mecanismo).

Para Foucault (2007a), o poder na visão tradicional ou visão jurídico-discursiva é visto como algo que é possuído por pessoas ou por instituições, ou seja, algumas pessoas possuem poder, e outras não. Em analogia pode-se dizer que, dentro do hospital, diretores e médicos são vistos como detentores de todo o poder institucional, ao passo que enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais são encarados como pessoas sem poder. Nessa visão, a pessoa que possui ou adquire o poder pode utilizá-lo na forma como lhe convém, conduzindo seus

efeitos. O poder como algo a ser gerido, que é dado, que reprime, proíbe e que pode ser comandado de forma racional, é a concepção jurídico-discursiva do poder e, portanto, está centrada na lei. Essa concepção possui duas características fundamentais. A primeira é que o poder sempre se exerceria numa relação negativa, significando rejeição, ocultamento, exclusão; e a segunda, que o poder seria exatamente o que dita a regra, a lei, reduzindo tudo ao binômio lícito-ilícito.

Machado (2007) refere que Michel Foucault estuda o poder como algo que possui existência própria e formas específicas em nível mais elementar, e não como uma dominação global e centralizada que se pluraliza e repercute nos outros setores da vida social, de modo inteiro e homogêneo.

Para Foucault (2009) "a análise em termos de poder não deve postular, como dados iniciais, a soberania do Estado, a forma da lei ou a unidade de uma dominação: estas são apenas, e antes de tudo, suas formas terminais". Para o autor devemos primeiramente entender o poder como:

A multiplicidade das correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, por meio de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, re-força, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si, enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 2009, p. 88-89).

Foucault (2007a) compreende o poder como um conjunto de correlação de forças que se autoconstituem, produzem e organizam os domínios em que estão presentes e inseridas, formando um emaranhado de relações mais ou menos ordenadas e arranjadas.

É importante destacar que Foucault não apresenta uma

teoria sobre o poder. Ao escrever o texto Por que estudar o poder: a questão do sujeito, Foucault (1995, p. 231) assinala em suas primeiras linhas:

As ideias que eu gostaria de escrever aqui não representam nem uma teoria nem uma metodologia. Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo de meu trabalho nos últimos vinte anos. Não foi analisar o fenômeno nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos.

Machado (2007, p. X) reforça a explicação de Foucault, e afirma que o autor não gerou uma teoria sobre o poder. Suas análises não consideram o poder como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que ele procuraria definir por suas características universais, pois para Foucault “não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente”.

Nunes e Assmann (2000, p. 146-147), ao analisarem as práticas de poder disciplinar, também assinalam que Michel Foucault não criou uma “teoria do poder”, mas estabeleceu um saber histórico e crítico sobre a experiência constituída do ser humano, aquilo que fez com que o ser humano se tornasse o que é hoje: “práticas de subjetividade ou de subjetivação, a partir de múltiplas relações de poder e seus regimes de verdade”.

Não há poder que se exerça sem objetivos, porém isso não quer dizer que ele resulte da escolha ou da decisão de um sujeito individual e que funcione segundo a sua única e exclusiva vontade. O poder é antes de tudo uma relação (FOUCAULT, 1995).

Quando tratarmos da ligação entre relações de poder e estratégia, poder-se-á perceber mais especificamente que elas não são possuídas por ninguém, mas induzem a estados de poder. Para Foucault (2009), onde há poder há resistência, e por esse motivo as resistências estão sempre presentes nas relações de poder e só existem no campo estratégico das

relações de poder. Apesar de os pontos de resistência estarem presentes em todas as redes de poder, eles não representam o avesso do poder, mas outro termo no processo intrincado dessas relações de poder, e são distribuídas de modo irregular. Estamos sempre “dentro” do poder, como sugere Foucault, assim como não há relação de poder sem resistências:

[...] Portanto, não existe, com respeito ao poder, um lugar da grande recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, pronta ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. (...) Elas são o outro termo nas relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irredutível. Também são, portanto, distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos comportamentos (FOUCAULT, 2009, p. 91-92).

O poder é um conjunto de ações sobre ações possíveis, uma relação que só existe como tal e opera sobre o campo de possibilidade em que se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos:

Ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre as ações (FOUCAULT, 1995, p. 243).

Foucault (1995) enfatiza que o termo conduta parece ser o que melhor permite explicar o que há de característico nas relações de poder. A conduta é simultaneamente o ato de conduzir os outros de acordo com mecanismos de coibição, mais ou menos rigorosos, e também a maneira de se comportar em um campo aberto de diferentes possibilidades. O exercício de poder, portanto, consiste em conduzir condutas e em ordenar possibilidades.

O poder somente pode ser exercido sobre sujeitos que podem ter opções. Foucault (1995, p. 224) entende por isso "sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades, onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer". Para o filósofo, não há relação de poder quando os homens estão acorrentados, pois assim ela não poderia escolher suas ações.

Diante do caráter relacional do poder, Machado (2007) aponta que ele implica que as próprias lutas contra o seu exercício não podem ser feitas de fora do poder, mas sempre de dentro, já que dele nada escapa.

De acordo com o exposto pude compreender que o modelo tradicional descrito por Foucault (2007a), denominado modelo jurídico-discursivo, apresenta somente uma face do poder: a representação do poder soberano nas instituições e nas leis. Já a analítica de Michel Foucault procura entender o poder em ação na sociedade, seja ela aberta ou fechada, como as instituições, entre elas o hospital.

3.2 RELAÇÃO SABER, PODER E VERDADE

A questão do saber/poder e a relação entre poder e verdade estão intimamente relacionadas com os procedimentos de poder disciplinar e poder da biopolítica. Em ambos os casos, o poder somente se exerce a partir de uma nítida relação com a produção do saber e da verdade. Foucault (2003) refere que, para se compreender como o saber/poder e a verdade estão intimamente imbricados, precisa-se primeiro admitir que o todo o poder produz algum saber.

Para o autor, não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e

não constitua ao mesmo tempo relações de poder. Essa relação saber/poder não deve, então, ser analisada a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema de poder; mas é preciso considerar que o sujeito que conhece, os objetivos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do saber/poder e de suas transformações históricas. “Resumindo, não é a atividade do conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder/saber, os processos e as lutas que o atravessam e o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento” (FOUCAULT, 2005, p. 27).

Mais especificamente a partir do século XIX, todo agente do poder vai ser um agente de constituição do saber, devendo enviar aos que lhe delegam um poder determinado saber correlativo do poder que exerce. Mas a relação ainda é mais intrínseca: é o saber enquanto tal que se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder e é enquanto saber que se tem poder (MACHADO, 2007, p. XXII).

O poder produz saber, o saber produz poder e ambos se relacionam de forma marcante com a verdade. A verdade não existe fora do poder ou sem ele. Foucault (2007a) entende por verdade um conjunto de procedimentos regulados para a produção, repartição, circulação, lei e funcionamento dos enunciados. Ela está ligada circularmente aos sistemas de poder, que acabam por produzi-la e apoiá-la, e também a efeitos de poder (regimes de verdade) que a induzem e que a reproduzem. Os regimes de verdade são indispensáveis às dominações, que, por sua vez, são efeito das relações de poder.

Segundo Foucault (2007a), em nossa sociedade, a verdade tem cinco características peculiares: 1) está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem; 2) está submetida a uma constante incitação econômica e política; 3) é objeto de uma imensa difusão e de consumo; 4) é produzida sob o controle dominante de alguns aparelhos políticos ou econômicos (universidade, meios de comunicação, escolas, centros de pesquisa); e 5) é objeto de debate político e de confronto social.

Nesse sentido, o intelectual tem um papel importantíssimo para a produção da verdade e vive dentro de uma luta em prol dela, a fim de mostrar que a sua verdade é a essencial e a mais

verdadeira.

Não há possibilidade de exercício do poder sem certa economia dos discursos de verdade. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e somente assim podemos exercê-lo. Historicamente a sociedade desenvolveu vários mecanismos para extrair a verdade, desde os suplícios, a confissão, evoluindo aos sistemas modernos. Porém, em todos os tempos e formas, os procedimentos de poder, em si, não pararam de interrogar, registrar e institucionalizar a busca da verdade, pois o poder profissionalizou a verdade e sempre a recompensou. Estamos submetidos à verdade, na medida em que ela é a lei e produz o discurso verdadeiro, que transmite e produz efeitos de poder, pois “somos julgados, condenados, classificados, obrigados e desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou de morrer em função dos discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2007a, p. 180).

3.3 A PERTINÊNCIA DO REFERENCIAL FOUCAULTIANO

O referencial foucaultiano aparece nesse contexto como uma alternativa para a discussão da temática proposta. Várias razões poderiam justificar minha escolha por este referencial, e algumas delas fui contextualizando ao longo de toda a construção da história que me levou à escolha da temática no capítulo de introdução deste estudo. No entanto, buscarei ainda nesse momento destacar alguns dos porquês de minha escolha por esse referencial e tentar explicar sua pertinência em minha pesquisa.

O pensamento de Michel Foucault exerce nos dias atuais uma grande influência no campo das ciências humanas, o que explica a inclusão de sua obra em diversas áreas profissionais. A vigorosidade de seu pensamento e a atualidade de seus conceitos é importante para a análise das relações que se exercem na sociedade e, como parte desta, no espaço hospitalar e, em especial neste estudo, o HCS e a enfermagem.

O estudo deste referencial representa um desafio acadêmico, um exercício árduo e persistente, na busca por sua compreensão. Mas essa busca, no entanto, já contribuiu para que eu pudesse refletir mais criticamente sobre o cotidiano

profissional da enfermagem, sobre as relações de poder presentes em nossas práticas, instigando-me a “cavoucar” o passado de nosso fazer.

Percebi que, apesar da importância do trabalho da enfermagem, não somos valorizados social e cientificamente da mesma forma que outras profissões historicamente hegemônicas, e que a história tem excluído a enfermagem dos grandes feitos na saúde e nas instituições. A percepção de nossa realidade aguçada pelas leituras foucaultianas transformou-se para mim numa convocação e incitação para olhar nosso passado, nosso cotidiano e nosso fazer de forma mais crítica e interrogativa.

Porém, o fato que mais relaciona esta pesquisa às análises realizadas por Foucault é seu entendimento de poder que possibilita uma maior compreensão das relações e dos diferentes jogos e lutas em que estamos continuamente imersos. Foucault tematiza a noção de poder como relações de força, numa visão de possibilidades, processo, movimento, com um permanente convite ao jogo, trazendo embutido o desvelamento de que podemos ser imensamente mais livres, produtivos, conhecidos e valorizados no contexto da saúde e, por conseguinte, na profissão de enfermagem e como enfermeiros.

Outra razão que me levou a optar pelo referencial foucaultiano, e que está diretamente relacionada às questões do poder e da produção de saberes, é a própria trajetória intelectual de Foucault. O autor propõe como tarefa filosófica a análise crítica do mundo em que vivemos. A análise de nossa prática evidencia uma construção produzida através dos tempos, estabelecida pelos diferentes modos em que a sociedade se desenvolveu, ditando verdades dominantes expressas pelos poderes e saberes instituídos como verdade. A análise crítica das instituições de saúde mostra como em nossa cultura o saber se desenvolveu em diferentes campos das ciências, como medicina, psiquiatria, economia, analisando esses saberes não como um “valor dado”, mas analisando-os como “jogos de verdade” específicos.

Acredito que a genealogia de poder elaborada por Foucault dará conta de analisar a relação saber/poder dos enfermeiros versus transformações ocorridas na enfermagem e no HCS no período de 1971 a 1981, iniciando com a entrada do primeiro enfermeiro na instituição e o consequente primórdio da enferma-

gem profissional. Nesta pesquisa, procurei “vasculhar” as raízes desse suposto saber/poder dos enfermeiros do HCS, como desenvolveram suas práticas e produziram seus efeitos.

Assim, a análise de poder de Foucault foi o sustentáculo desta pesquisa ao se buscar compreender como o poder foi constituído pelos enfermeiros, quais saberes imprimiram, quais as forças e condições que permitiram seu domínio e sobre os demais poderes já instituídos, suas multiplicidades e singularidades constituídas em meio às relações de poder estabelecidas na instituição. Também a forma como o filósofo faz a genealogia do poder, desmistificando toda uma visão usual, possibilita novos olhares para o fazer da enfermagem e para sua capacidade de atuação e transformação.

Foucault (2007a) apresenta o poder como algo microfísico, não estático, em constante movimento e transformação, em que há sempre resistência. Ao buscar os pequenos fatos que permearam as práticas, condutas e estratégias utilizadas pelos enfermeiros, investigar e analisar as práticas cotidianas, o dito e o não dito, o registrado e o não registrado, o importante e o sem importância, enfim, toda uma rede de acontecimentos e transformações que determinaram as características do serviço de enfermagem e o modo de subjetivação de seus agentes, procurei desvelar os saberes e poderes invisíveis dos enfermeiros, os micropoderes, os efeitos e transformações produzidas no processo de evolução da enfermagem profissional no HCS, assim como na própria instituição.

Como diz Foucault (1995), o que parece trivial, sem importância, é o que constrói nosso cotidiano e nossa existência. A questão consiste, então, não só em descobrir como temos nos construído como sujeitos, mas em não aceitar a dominação e o ocultamento que nos têm sido impostos.

Para Foucault (2007a) a genealogia é a união do conhecimento com a memória que resulta na constituição de um saber histórico, e situa os saberes como peça na relação de poder. A história concebida pelo filósofo é compreendida como um emaranhado de acontecimentos discursivos e de acontecimentos de natureza econômica, social, política e institucional. Foi nessa concepção que busquei fazer a genealogia dos acontecimentos que determinaram a criação do HCS, sua posterior incorporação à FHSC e a entrada do enfermeiro, fatos que antecederam a história da enfermagem

profissional na instituição.

Assim, acredito que as críticas e análises feitas por Michel Foucault são pertinentes, principalmente em relação ao significado dos mecanismos de poder, efeitos de verdade, regras de poder, positividade, resistência, produção, dominação e outros conceitos de fundamental importância para a análise e compreensão do funcionamento do Estado, das instituições e dos problemas cotidianos dos seres humanos.

Finalmente, a pertinência do referencial foucaultiano em minha pesquisa foi reforçada à medida que Foucault refere que devemos estudar o poder onde estão as

práticas reais e efetivas; estudar o poder em sua face externa, onde ele se relaciona direta e imediatamente com aquilo que podemos chamar provisoriamente de seu objeto [...] onde ele se implanta e produz efeitos reais [...] como funcionam as coisas ao nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam corpos, dirigem gestos, regem os comportamentos”. “Trata-se [...] de captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações [...] captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam [...]. Em outras palavras, captar o poder na extremidade de cada vez menos jurídica de seu exercício ou ainda, captar o poder nos elementos subjetivos e objetivos que constituem os sujeitos, as instituições e suas práticas (FOUCAULT, 2007a, p. 182).

4 METODOLOGIA

4. 1 TIPO DE ESTUDO

A primeira decisão a ser tomada, após a escolha e delimitação de um tema a ser pesquisado, é o caminho a ser percorrido pelo pesquisador, que se constituiu na escolha da metodologia. A metodologia de trabalho incluiu a utilização dos requisitos de uma pesquisa histórica desenvolvida numa abordagem qualitativa.

Historicamente, desde seu nascimento nas sociedades ocidentais, a ciência histórica define-se como uma “realidade que não é nem construída nem observada como na matemática, nas ciências da natureza, nas ciências da vida, mas sobre a qual se ‘indaga’, se testemunha” (LE GOFF, 2003, p. 9).

A História, que significa em grego “ver”, de acordo com Le Goff (2003, p.9) “começou com um relato, a narração daquele que pode ouvir” e vêm mantendo este aspecto de “história testemunho” no processo de seu desenvolvimento. O autor assinala que, “desde a antiguidade, a ciência histórica, reunindo documentos escritos e fazendo deles testemunhos, superou o limite do meio século ou do século abrangido pelos historiadores que dele foram testemunhas oculares e auriculares” e foi além das barreiras impostas pela transmissão oral do passado.

A constituição de bibliotecas e arquivos e a elaboração de métodos de crítica científica vêm conferindo a história o “status” de ciência, desde o século XVII. O fato de não “existir história sem erudição” vêm sendo questionada no século XX, a partir da crítica da noção de fato histórico, que Le Goff (2003, p. 9-10) define como “objeto que não é acabado”, pois resulta da construção do historiador. Essa crítica também se faz hoje em relação à noção de documento, que por sua vez, o autor refere não se tratar de “um material bruto, objetivo e inocente, mas exprime o poder da sociedade do passado sobre a memória e o futuro”.

A História é a ciência da mutação e da explicação da mudança. É constituída pela experiência humana vivida integral e socialmente, numa constante contradição de idéias, necessidades e aspirações que se manifestam num movimento

de “fazer, desfazer e refazer” (LE GOFF, 2003, p. 15).

A partir do século XX surgiram novos caminhos para a pesquisa histórica que trouxeram múltiplas abordagens, problemas, objetos e fontes de pesquisa, ou seja, novas concepções do conhecimento histórico denominado de Nova História.

A Nova História tem uma tradição própria, a dos fundadores da revista *Annales d'histoire Économique et Sociale* (Econômica e Social³³). Essa que foi editada a partir de 1929 faz uma crítica à noção de fato histórico como se houvesse uma “realidade histórica acabada que se entregaria por si só ao historiador”. Le Goff (2003, p. 42) refere que, “diante da imensa e confusa realidade” o homem deve fazer a sua opção, “o que não significa nem arbitrariedade, nem simples coleta, mas sim construção científica do documento, cuja análise deve possibilitar a reconstituição ou explicação do passado”.

Os primeiros historiadores dos *Annales* são vistos como responsáveis por uma nova concepção historiográfica, pela ampliação da noção de fonte histórica, pela valorização de uma história estrutural em oposição à história factual, por uma prática interdisciplinar e por uma série de outras contribuições (BARROS, 2005).

De acordo com Thompson (2002, p. 44), a “história oral é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação”. O autor refere que o valor do relato oral está em trazer as pessoas que viveram a história e que não fazem parte dos relatos oficiais, ou seja, “admite heróis vindos não só dentre os líderes, mas dentre a maioria do povo”. A história oral possibilita desvendar uma história desconhecida e contribui para que outros atores igualmente importantes conquistem a dignidade, autoconfiança e a possibilidade de compartilhar o sentimento de pertencer a determinado lugar e a determinada época, de ter feito diferença ou não para a existência humana.

A Nova História reflete uma possibilidade para se avaliar e

³³ Os codinomes “econômica e social”, referiam-se respectivamente: primeiro, “econômico”, ao domínio quase completamente abandonado pela história tradicional, e, que os ingleses e alemães haviam passado a frente dos franceses e cuja importância na vida das nações e dos povos acentuava cada dia mais; e segundo, o “social”, que os seduzira por seu caráter vago que permitia falar de tudo (LE GOFF, 2003, p. 38-39).

considerar a opinião de pessoas comuns sobre o passado, o que não era comumente valorizado pelos historiadores na história tradicional. Esta nova concepção de conhecimento histórico critica a noção de tempo e fato histórico, propondo uma história problematizadora e não automática, onde o presente seja compreendido pelo passado e a compreensão deste surja das necessidades do presente (BURKE, 1992).

Desta forma, a Nova História ampliou o campo do documento histórico, substituiu a história tradicional, linear fundada essencialmente nos textos e no documento escrito, por uma história baseada numa variedade de documentos: “escritos de todos os tipos, documentos figurados, produtos de escavações arqueológicas, documentos orais” (LE GOFF, 2003, p. 36).

Ampliando o conceito de fontes e as possibilidades de seu uso, a Nova História valoriza a oralidade. O trabalho com a oralidade requer uma abordagem metodológica a partir dos postulados da chamada metodologia da história oral. Alcançar a compreensão desses fundamentos foi fundamental para a realização desta pesquisa.

De acordo com Thompson (2002, p. 44), a “história oral é uma história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação”. O autor refere que o valor do relato oral está em trazer as pessoas que viveram a história e que não fazem parte dos relatos oficiais, ou seja, “admite heróis vindos não só dentre os líderes, mas dentre a maioria do povo”. A história oral possibilita desvendar uma história desconhecida e contribui para que outros atores igualmente importantes conquistem a dignidade, autoconfiança e a possibilidade de compartilhar o sentimento de pertencer a determinado lugar e a determinada época, de ter feito diferença ou não para a existência humana.

A história oral tem a capacidade de trazer à tona a lembrança de fatos passados através da memória, denominada como matéria prima da história. A memória é produto de um trabalho de ressignificação dos fatos. Ela vem à tona, à medida que é fabricada. Tal fabricação requer tratamento teórico e metodológico por parte daquele que se dedica a coleta das lembranças, possibilitado pelas técnicas específicas desta forma de pesquisa (BOSI, 2006).

A História Oral pode ser utilizada para alterar o enfoque da

própria história e revelar novos campos de investigação; pode derrubar barreiras entre gerações e instituições, pode “devolver às pessoas que fizeram e vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras” (SHARPE, 1992: 22).

Esta nova forma que delega historicidade aos processos e sujeitos, será demonstrada ao longo deste relato, com concepções pessoais trazidas pelos entrevistados, que carregam consigo as marcas de seu tempo.

Há em Thompson (2002) uma visão de que a História é e deve ser a visão daqueles que viveram o fato histórico. Ele enfatiza, desse modo, a experiência do sujeito, sua memória e capacidade narrativa. A História Oral, nesse sentido, se não fosse uma possibilidade de construção de fonte a ser interpretada pelo historiador ou outros pesquisadores das Ciências Humanas, representaria uma retomada do fazer artesanal da História, o que remonta aos tempos de Heródoto.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

As pessoas selecionadas inicialmente para participar do estudo foram os enfermeiros do HCS, principalmente os chefes de enfermagem. Outros enfermeiros considerados fundamentais no processo também fizeram parte do estudo, bem como alguns ex-diretores e outros profissionais, além de outras pessoas mencionadas pelos entrevistados ou citadas em documentos, e consideradas de relevância para o processo.

A definição do número de pessoas entrevistadas deu-se no decorrer do processo pela saturação de dados, e também pela impossibilidade de ampliar o número de informantes e informações, em função do tempo e objetivo da pesquisa. Como a análise foi realizada concomitantemente à coleta de dados, nela foi possível constatar a saturação de informações, à medida que observava a repetição de elementos que contemplasse as categorias de análise que foram sendo criadas durante o processo. Alberti (2004) respalda essa ocorrência, quando refere que na pesquisa qualitativa a escolha da amostra valoriza a representatividade referente à profundidade e à diversidade de informações, e não a quantidade de sujeitos envolvidos.

Neste estudo foram entrevistadas dezesseis pessoas, cujas biografias resumidas encontram-se no Anexo A. Conforme previsto no projeto de pesquisa, todos os entrevistados, com exceção de um sacerdote³⁴ que não trabalhou na instituição, preencheram os seguintes requisitos para participação da presente pesquisa:

1. Ter trabalhado no HCS no período de 1971 a 1981;
2. Apresentar condições de saúde que lhe possibilitassem conceder a entrevista;
3. Ter disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo;
4. Concordar com os critérios estabelecidos no projeto.

Por ordem alfabética, os nomes, categoria profissional e as funções/cargos ocupados por cada um dos sujeitos entrevistados, no período estudado, e que dizem respeito a esta pesquisa, estão relacionados a seguir, com a respectiva forma de identificação no relato.

³⁴ Este sacerdote foi entrevistado por ter desenvolvido estudos sobre a vida e o trabalho das irmãs da Divina Providência em Santa Catarina e no HCS, além de manter forte laço de amizade e afeto com as religiosas e as ter acompanhado desde jovem, na instituição, pois residia no Bairro Colônia Sant'Ana (NOTA DA AUTORA).

Nome	Categoria profissional	Funções/cargos	Identificação na pesquisa
1. Abelardo Vianna Filho	Médico	Coordenador de Saúde Mental do Estado e Diretor do HCS.	VIANNA FILHO (2009).
2. Aldecir José Piai	Sacerdote	Não trabalhou no HCS.	PIAI (2010)
3. Diogo Ney Ribeiro	Médico	Médico e Diretor Clínico e Diretor Geral do HCS.	RIBEIRO (2009).
4. Elisabete da Silva Melo	Enfermeira	Chefe do Serviço de Enfermagem	Melo (2009).
5. Jeanet Maria Pinheiro dos Santos	Assistente Social	Assistente Social	SANTOS, J. (2009).
6. Josel Machado Corrêa	Enfermeiro	Enfermeiro; Chefe do Setor de Enfermagem	CORRÊA (2009).
7. Júlio César Gonçalves	Médico	Médico e Diretor Geral do HCS.	Gonçalves (2009).
8. Manoel Henrique Prisco Paraíso	Médico	Secretário de Estado da Saúde.	PARAÍSO (2009).
9. Maria Lenise Mazarakis	Enfermeira	Enfermeira; Chefe do Setor de Enfermagem	MAZARAKIS (2009).
10. Maria Sirene Cordioli	Assistente Social	Assistente Social	CORDIOLLI (2009).
11. Miriam Süsskind Borenstein	Enfermeira	Enfermeira; Chefe do Setor de Enfermagem Psiquiátrica; Chefe do Serviço de Enfermagem	BORENSTEIN (2009).
12. Silvio Daniel Santos	Atendente de Enfermagem	Atendente de Enfermagem	SANTOS, S. (2009).
13. Sonir Malara	Enfermeira	Enfermeira; Chefe do Setor de Educação em Serviço; Chefe do Serviço de Enfermagem	MALARA (2009).
14. Valdete Preve Pereira	Enfermeira	Enfermeira; Chefe do Setor de Educação em Serviço	PEREIRA (2009).
15. Verita Conceição Elias	Enfermeira	Enfermeira; Chefe do Serviço de Enfermagem	ELIAS (2009).
16. Wilson Kraemer de Paula	Enfermeiro	Assessor da Direção Geral; Enfermeiro; Chefe do Serviço de Enfermagem	PAULA (2009).

Quadro 1: Categoria profissional e as funções/cargos ocupados pelos sujeitos entrevistados

4.3 A COLETA DOS DADOS

No campo do conhecimento histórico, cabe ao pesquisador realizar o levantamento das fontes como primeiro passo de qualquer trabalho científico.

A coleta de dados consistiu na pesquisa de fontes orais, documentais e bibliográficas. As fontes documentais e bibliográficas foram coletadas, catalogadas e analisadas no transcorrer de todo o trabalho, ou seja, desde a realização do projeto de pesquisa até a conclusão da presente tese. As informações obtidas por meio das fontes primárias constituíram-se de documentais, fotografias na própria instituição, nas casa dos sujeitos, ou no arquivo público do Estado (SC). Todas as informações obtidas de fontes primárias e secundárias foram catalogadas de acordo com a origem da fonte e a temática explorada.

a) Fontes primárias: orais

As fontes orais são compostas por 16 entrevistas as quais foram devidamente validadas pelos sujeitos. Essas foram obtidas com base em um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A), com a utilização de um gravador digital, no período de janeiro de 2009 a abril de 2010. Desse processo totalizaram 43 horas e 30 minutos de gravação e resultou em 552 páginas de falas transcritas, digitadas em folha A4, letra Arial 12, espaço 1,5 cm.

Para Trivinos (2006, p. 146), uma entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, e em seguida oferece um amplo campo de interrogativas, fruto de várias hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Dessa maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

Após a coleta de dados procedeu-se a transcrição e transcrição das falas. A transcrição das entrevistas constituiu-se em um trabalho árduo e demorado, que sem a ajuda indispensável e preciosa de “atores invisíveis” (transcritores) não

seria possível realizar. Nesse processo, as falas dos entrevistados foram registradas fielmente, palavra por palavra, a fim de se resguardarem com fidelidade e sigilo as informações, o que só foi possível pela seleção de pessoas de minha inteira confiança (MEIHY, 2002).

A transcrição consistiu na reformulação da transcrição literal para torná-la mais compreensível à leitura. Corrige possíveis desigualdades existentes entre o código verbal e o escrito, por meio da retirada de palavras, frases e parágrafos, ou sua alteração no sentido de encontrar e compreender o pretendido dito dentro do não dito (MEIHY, 2002).

Foram tomados alguns cuidados considerados indispensáveis antes, durante e após a realização de cada entrevista, conforme descrito a seguir:

1. Realizado os contatos prévios pessoais e/ou telefônicos para a marcação da entrevista, observando-se o devido respeito à disponibilidade de local e horário de cada entrevistado, conforme preconiza a técnica de história oral;
2. Informado aos participantes (previamente e no momento da entrevista) os objetivos do estudo, bem como a importância de sua participação e a possibilidade de aceitar ou não, de desistir em qualquer tempo sem prejuízo de qualquer natureza; falar sobre o sigilo das informações que não forem autorizadas à publicação;
3. Solicitado aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B);
4. Solicitado autorização para uso do gravador e consentimento para o uso de imagens fotográficas, bem como do conteúdo da gravação verbal e escrita;
5. Tomado os cuidados para propor um ambiente agradável para a realização das entrevistas, as quais ocorreram de forma tranquila;
6. Encaminhado a entrevista ao entrevistado, que após a leitura assinou o Termo de Cessão de Entrevista (APÊNDICE C).
7. Organizado um arquivo das entrevistas (faladas e escritas) em MP3, CD-ROM e impressas em folha A4, digitadas com fonte Arial 12 com espaço 1,5 cm.
8. Realizado a categorização do conteúdo das entrevistas

e arquivadas em CD-ROM as quais farão parte do acervo do GEHCES.

b) Fontes documentais

O levantamento das fontes documentais é relevante para a fundamentação da pesquisa, constituindo-se tarefa imprescindível ante a possibilidade de perda ou extravio. O descaso pelos arquivos e pela documentação, além da ação destruidora do tempo, conta também com a destruição consciente ou inconsciente, deliberada ou voluntária de preciosas fontes históricas (BOSI, 2006).

As fontes documentais se constituíram de relatórios, regulamentos, atas, projetos, estatísticas, leis, portarias, fotografias, livros de ocorrência, manuais e prontuários. Estas foram obtidas em acervo histórico e bibliográfico, nos arquivos da instituição (atual IPQ-SC), na residência dos entrevistados, na Assembleia Legislativa do Estado, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos Arquivos do Departamento de Saúde Pública (DSP- SC) e no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina. Alguns entrevistados ofereceram documentos, objetos ou fotografias pessoais guardados como lembrança e que também contribuíram para o estudo.

4.4 ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos à sistematização proposta por Bardin (2004), passando pelas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na realização das entrevistas, a comunicação entre o investigador e os entrevistados foi estabelecida por meio da fala, cujos resultados estão representados pelos depoimentos (códigos verbais), os quais posteriormente foram transcritos e transcritos (códigos escritos).

A organização da análise e interpretação dos dados passou por três momentos distintos:

- 1) Pré-análise: essa etapa indicou a necessidade de investigar e escolher as fontes documentais para referendar as informações obtidas nos depoimentos dos entrevistados. Durante

essa fase procurei ser fiel às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e exclusividade.

2) Categorização: essa foi uma etapa longa e cansativa e exigiu o retorno ao referencial teórico e metodológico, para identificar as categorias que me possibilitaram organizar o processo de transformações ocorridas no HCS e na enfermagem a partir do ingresso dos enfermeiros e de seus saberes no período de 1971 a 1981.

3) Análise: essa etapa compreendeu o tratamento dos dados propriamente ditos, realizando a busca dos significados nas mensagens com base no referencial foucaultiano.

Na perspectiva de organização dos achados, situei as informações obtidas a partir da incorporação do HCS à FHSC, em 1971, seguindo até o ano de 1981, passando pela contextualização política, social e de saúde da época. Esse processo se realizou a partir de fontes documentais já explicitadas, as quais desvelaram eventos, rupturas e consequentes transformações acontecidas num emaranhado de relações interpessoais.

Foi realizada uma categorização a partir dos achados com a finalidade de tornar a análise mais compreensiva, no entanto esta não se configurou em uma linearidade histórica, uma vez que o tempo e os acontecimentos se entrecruzam, estabelecendo um jogo permanente de idas e vindas.

Desde a categorização, interpretação, até a análise realizada, vários elementos que compõem a instituição foram contemplados. Para atingir o objetivo da pesquisa e comprovar a tese formulada, o percurso de análise seguiu o delineamento das transformações ocorridas no HCS, no período de 1971 a 1981, as quais, seguindo a linha foucaultiana, se manifestaram em instrumentos de saber e de poder.

Os resultados obtidos através das fontes utilizadas foram organizados em cinco categorias:

Primeira categoria: O panorama político social e de saúde em Santa Catarina e sua relação com o Hospital Colônia Sant'Ana na década de 1970. Nesta categoria foi contextualizada a situação política e econômica do Estado e o contexto do Hospital no início da década de 1970, utilizando especialmente fontes bibliográficas e documentais, para compreender como seu deu o processo de transformações na instituição.

Segunda categoria: O contexto do Hospital Colônia

Sant'Ana no início da década de 1970. Nesta categoria foram descritas e analisadas a situação física, estrutural e administrativa do Hospital Colônia Sant'Ana após 30 anos de sua inauguração.

Terceira categoria: O processo de ruptura com a enfermagem pré-profissional no Hospital Colônia Sant'Ana: o ingresso dos enfermeiros e de outros profissionais. Nesta categoria foi abordado como se deu o processo de ruptura com a enfermagem pré-profissional no Hospital e na enfermagem em especial, com a entrada do enfermeiro e o conseqüente início da enfermagem profissional.

Quarta categoria: As transformações no Hospital Colônia Sant'Ana e na enfermagem de 1971 a 1981. Esta categoria foi organizada de forma a dar uma visão geral das transformações corridas no HCS, de modo especial na enfermagem profissional, no período de 1971 a 1981, após a entrada dos enfermeiros e seus saberes na instituição. As transformações ocorridas foram organizadas em duas grandes subcategorias: 1) Transformações nas práticas institucionais e de enfermagem; 2) Transformações administrativas, estruturais e nos recursos humanos na enfermagem e no Hospital Colônia Sant'Ana e seus reflexos na psiquiatria catarinense.

Quinta categoria: As relações de poder saber no Hospital Colônia Sant'Ana e na enfermagem, no período de 1971 a 1981. Nesta categoria foram analisadas como as questões de saber poder, conflitos e ajustamentos, relações e micro poderes se estabeleceram entre os diversos sujeitos e acontecimentos referidos no período estudado.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi norteada pela Portaria n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre as "Diretrizes e Normas" da pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) da UFSC e recebeu o certificado N. 257/Processo: 300/08/FR: 222239 (ANEXO B).

A dimensão ética transcorre durante o trabalho do historiador. Os procedimentos éticos servem para regular as

relações entre historiadores, suas fontes e seus leitores. Daí decorre a responsabilidade de realizar as citações corretas de trechos e atribuir os créditos com fidelidade e transparência, além de ter em mente que

Conversar com pessoas implica em responsabilidade e compromisso, pois tudo aquilo que escrever ou disser trará conseqüências imediatas para as existências dos informantes e seus círculos familiares, sociais e profissionais. [...]. Algumas dessas conseqüências serão benéficas para os entrevistados, outras dependendo do tema, podem ser arrasadoras, alterando a rotina e destino dos entrevistados, podendo gerar perda de emprego, prisões ou grandes constrangimentos (AMADO, 1997, p. 146).

O respeito pelo valor e pela importância de cada indivíduo é uma das primeiras lições de ética sobre a experiência com a pesquisa na história oral. Um momento de responsabilidade ética é o da restituição do material coletado aos sujeitos pesquisados, pois é uma “oportunidade para os entrevistados organizarem seus conhecimentos com maior clareza, um desafio para aumentarem sua consciência” (PORTELLI, 1997, p. 30).

Para Alberti (2004), o trabalho oral deve exigir do pesquisador muito respeito pelo entrevistado, por suas opiniões, atitudes e posições. Considero que o pesquisador deve assumir uma postura e um discurso honestos, estabelecer uma conversa franca em que os entrevistados se sintam à vontade para expressar seus sentimentos, crenças e diferenças, reverenciando todos esses aspectos, os quais guiaram a presente pesquisa.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 O PANORAMA POLÍTICO SOCIAL E DE SAÚDE EM SANTA CATARINA E SUA RELAÇÃO COM O HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA NA DÉCADA DE 1970

As décadas de 1960 e 1970 do século XX representaram para Santa Catarina grandes transformações em diversas áreas, impulsionando o progresso deste estado com a criação de várias instituições públicas, entre as quais, destacam-se a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)³⁵ em 1960, a ELETROSUL³⁶ em 1968, a construção da BR-101 em 1973, e a implantação de 85 mil telefones no período de 1971 a 1975. A inauguração do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), em 1966, e a construção da ponte Colombo Machado Salles, em 1974, também representaram um grande avanço para o estado, em especial para Florianópolis (JAUSS, 1979).

Nessas décadas, Santa Catarina estava envolta com o Plano Catarinense de Desenvolvimento (PCD) que implicava a aplicação de recursos públicos com o objetivo de modernizar e industrializar o estado³⁷, processo que refletia o desenvolvimento

³⁵ A UFSC, localizada em Florianópolis, é uma autarquia federal de regime especial, vinculada ao Ministério da Educação. Foi criada em 18 de dezembro de 1960, reunindo as faculdades de Direito, Medicina, Farmácia, Odontologia, Filosofia, Ciências Econômicas, Serviço Social e Engenharia. Com o passar do tempo outros cursos foram sendo criados e, em 1969, através da Resolução nº. 02/69/UFSC, surgiu o Curso de Enfermagem agregado à Faculdade de Medicina (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999; CONSONI, 2005).

³⁶ A ELETROSUL é uma empresa brasileira, subsidiária da ELETROBRAS, vinculada ao Ministério de Minas e Energia. É uma sociedade anônima de capital fechado que atua no segmento de geração e transmissão de energia. Tem seu sistema de transmissão localizado nos estados da Região Sul e no Mato Grosso do Sul, numa área que abriga um contingente populacional da ordem de 28 milhões de habitantes e que responde por 16% do PIB e 17% do mercado de energia elétrica do Brasil (SINDENEL, 2010).

³⁷ Acompanhando o movimento da industrialização brasileira, o padrão de crescimento em Santa Catarina sofreu profundas alterações a partir de 1962, quando a economia passou a ser pensada por órgãos governamentais. Apesar de a primeira experiência em planejamento ter sido o Plano Federal de Obras e Equipamentos (POE), de 1956 a 1960, foi somente com o Plano de Metas do Governo (PLAMEG I), de 1961 a 1965, que o Estado efetivamente passou a utilizar instrumentos ativos de políticas econômicas para implantar e ampliar a infraestrutura social básica. A

almejado pelos gestores estaduais e municipais catarinenses. Entre as áreas de atuação do PCD, destacavam-se a de transportes e de telecomunicações e o setor financeiro.³⁸ Dos recursos iniciais do planejamento do governo, desde o início da década de 1960, grande parte foi destinada à área de desenvolvimento econômico, e menor porcentagem para as áreas sociais e de saúde³⁹.

O atendimento hospitalar em Santa Catarina era praticamente prestado pelo sistema público, e a área urbana da capital concentrava boa parte dos recursos existentes. Até o fim da década de 1970 existia em Florianópolis o Hospital Nereu Ramos (HNR), fundado em 1943, o Hospital Governador Celso Ramos⁴⁰ (HGCR) em 1966, o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) em 1973, a Maternidade Carmela Dutra (MCD) em 1955, o Hospital Infantil Edith Gama Ramos⁴¹ (HIEGR) em 1955, o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC) fundado em 1960, e o Instituto de Cardiologia⁴² (INCA) fundado em 1963, todos construídos com verba pública. Além desses hospitais públicos, havia três hospitais militares (da Marinha, do Exército⁴³ e da Polícia

mesma proposta do PLAMEG I foi repassada para o PLAMEG II, de 1966 a 1970, para o Projeto Catarinense de Desenvolvimento (PCD), de 1971 a 1974 e, em menor proporção, para o Plano de Governo (PG) de 1975 a 1979 (MATTOS, 1973).

³⁸ O orçamento do Plano para 1965, do qual, 77,0% foram dirigidos à expansão econômica e 23,0%, aos programas sociais (MATTOS, 1973).

³⁹ Os investimentos realizados no PLAMEG até 1970 (Cr\$ 148,9 milhões de Cruzeiro) foram distribuídos da seguinte forma: em transporte, 55,1%; em educação, 11,4%; em energia, 11,1%; em comunicação, 6,0%; em administração, 5,4%; em agropecuária, 4,9%; em saúde e saneamento, 3,4%; e, em outros, 2,7% (GOULARTI FILHO, 2002).

⁴⁰ O HGCR foi idealizado para proporcionar assistência hospitalar aos servidores estaduais, pelo então governador Celso Ramos⁴⁰. Este mobilizou recursos, através de Decreto Estadual de 21 de julho de 1961, para a construção do Hospital dos Servidores, cujo nome oficial é Hospital Governador Celso Ramos (HGCR) em homenagem ao seu idealizador.

⁴¹ Até a construção do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), em 13 de março de 1979, o HIEGR ficava localizado em uma área anexa à MCD (COELHO, 1998).

⁴² O INCA iniciou como um serviço ambulatorial no centro de Florianópolis onde os pacientes eram triados para as cirurgias. Essas aconteciam inicialmente no HNR, e posteriormente no HGCR. Atualmente o INCA está localizado no Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes em São Jose (SC) (ARAÚJO, et. al., 2010).

⁴³ O Hospital do Exército, denominado Hospital de Guarnição de Florianópolis foi criado em 1869 sob a denominação de Hospital Militar da Vila de Desterro. Em 1890 passou a ser denominado Hospital Militar da 3ª Classe, em 1937 seu nome foi

Militar⁴⁴). Havia ainda a Maternidade Carlos Corrêa (MCC) fundada em 1927⁴⁵, o Hospital de Caridade (HC) em 1782, e o Hospital São Sebastião (HSS) em 1942, todos de iniciativa privada. No interior da ilha havia somente uma pequena maternidade: o Hospital Maternidade Irmã Liz, fundada em 1976, pela Sociedade Espírita de Recuperação Trabalho e Educação (SERTE). Na área continental de Florianópolis, no bairro Estreito, havia o Hospital e Maternidade Sagrada Família⁴⁶ (HMSF), fundado em 1969 pela iniciativa privada, e na área denominada de Grande Florianópolis havia o Hospital Colônia Santa Teresa (HCST), fundado 1941, e o Hospital Colônia Sant'Ana (HCS), em 1941, instituições públicas localizadas, à época, no município de São José⁴⁷. Havia ainda, o Instituto Psiquiátrico São José, fundado em 1968, de iniciativa privada (ARAÚJO, 2010; COELHO, 1998; PEREIRA, 2002; PEREIRA, J. 2003).

Em Santa Catarina, assim como em todo o país, boa parte dos estabelecimentos hospitalares, e estes em especial, tiveram todos os serviços e a administração entregues às religiosas. Alcântara (1963, p. 43) reforça esta afirmação alegando que “em 60% dos estabelecimentos hospitalares brasileiros, os serviços de enfermagem estão entregues a grupos religiosos”.

Em Florianópolis, as religiosas participaram da organização e da prestação da assistência de enfermagem em vários hospitais, como por exemplo: HGCR (Irmã Agnes Erdtman); HC

novamente alterado para Hospital Militar de Florianópolis e, em 1953, Hospital de Guarnição (ARAÚJO, 2010).

⁴⁴ O Hospital da Polícia Militar foi inaugurado em 1963 com a denominação de Hospital Comandante Lara Ribas (ARAÚJO et, al, 2010).

⁴⁵ A Maternidade Carlos Corrêa foi inaugurada em 1927, com o nome de Maternidade Florianópolis. Passou a ser chamada Maternidade doutor Carlos Corrêa em 1948 (PEREIRA, 2002).

⁴⁶ O HMSF teve sua construção por iniciativa do Padre Quinto Baldessar e das Irmãs Salvatorianas da Paróquia de Fátima sediada no bairro do Estreito. Em 1974 foi adquirido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e passou a ser denominado de Hospital Florianópolis (ARAÚJO, 2010).

⁴⁷ O bairro Santa Teresa, onde está localizado o Hospital Santa Tereza de Dermatologia Sanitária (HSTDS), antigo leprosário conhecido como Colônia Santa Tereza, pertencia ao município de São José (SC) até 1994, quando São Pedro de Alcântara era ainda bairro pertencente a esse município. Posteriormente, tornou-se município independente pela Lei Estadual n.9.534, de 16 de abril de 1994, incorporando o bairro Santa Teresa (ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS, 2010b).

e MCD (Irmã Otilie Hammes); HCS e HCST (Irmãs da Divina Providência) (BORENSTEIN et al., 1999; BORENSTEIN, 2000; BORENSTEIN, 2004; CANASSA, 2005).

A predominante presença das religiosas nos hospitais brasileiros determinou uma hierarquia na quais as pessoas de nível socioeconômico inferior estavam subordinadas às irmãs; no entanto, estas não possuíam formação específica e eram, na maioria,

provenientes de países europeus, pouco atingidos pela reforma de enfermagem. As religiosas adquiriam conhecimentos e habilidades relativas ao trabalho hospitalar, pelo sistema de aprendizes, “onde a mais antiga e prática” transmite a arte, pessoalmente, àquela que deve substituí-la. Assim eram preparadas as religiosas que se dedicavam à enfermagem no país até bem pouco tempo atrás (ALCÂNTARA, 1963, p. 43).

No início da década de 1970, o engenheiro Colombo Machado Salles havia assumido o governo do Estado de Santa Catarina, indicado pela ditadura militar, com o propósito de dar um caráter mais tecnocrático à administração catarinense. Durante o seu governo foi elaborado o Plano Catarinense de Desenvolvimento (PCD),⁴⁸ totalmente afinado com os propósitos do “modelo de desenvolvimento” apresentado pelo Governo Federal do Presidente Emílio Garrastazu Médici⁴⁹. O PCD em Santa Catarina seguia a mesma linha dos planos de governo antecessores (GOULARTI FILHO, 2002).

Para compor o primeiro escalão de colaboradores e fazer cumprir o Plano de Desenvolvimento, o governador Colombo Machado Salles convidou pessoas com capacidade técnica específica para administrar cada setor. Nesse contexto, Dr. Henrique Manoel Prisco Paraíso assumiu a coordenação da

⁴⁸ Dos CR\$ 5,6 bilhões previstos para o PCD, 22,7% eram destinados à agricultura; 21,98%, à indústria; 21,0%, aos transportes; 14,9%, ao saneamento; apenas 5,6%, à energia; 3,8%, às telecomunicações; 0,2%, à modernização administrativa; e 3,7%, a outros (GOULARTI FILHO, 2002).

⁴⁹ Emílio Garrastazu Médici foi presidente do Brasil de 1969 a março de 1974 (KOIFMAN, 2001).

Secretaria de Estado da Saúde, em 1971 (GOULARTI FILHO, 2002).

O médico Prisco Paraíso, como ficou conhecido em Santa Catarina, referiu que seu sogro, era “amigo íntimo e vizinho de praia de Irineu Bornhausen, que depois viria a ser governador de Santa Catarina”. Essa relação de parentesco e amizade certamente “abriu portas” para que Prisco Paraíso iniciasse suas atividades profissionais em Florianópolis (SC).

Em 1953, Florianópolis tinha 48.264 habitantes (IBGE, 2010) e, de acordo com o entrevistado, ele foi o vigésimo quinto médico que se instalou nessa cidade, no ano de 1954: “Havia um reduzido o número de profissionais e, praticamente, todos faziam de tudo. As especializações estavam engatinhando”, explicou o entrevistado.

Iniciando suas atividades no Hospital São Sebastião, em 1955, e no Hospital de Caridade, em 1956, Dr. Prisco foi convidado para ser cirurgião nos Hospitais Colônia Sant’Ana e Santa Teresa. O fato de ter trabalhado no HCS como cirurgião teve grande significado para os rumos dessa instituição na década de 1970. Nessa época quando assumiu como Secretário de Saúde do Estado, Dr. Prisco Paraíso já conhecia a realidade do HCS e da psiquiatria em Santa Catarina, o que contribuiu para que tivesse um olhar diferenciado para essa área quando participou do processo de reestruturação desse setor.

O entrevistado narrou como se deu o planejamento para o setor saúde no governo de Colombo Machado Salles:

No mês de novembro de 1970, Colombo Machado Salles encomendou o planejamento para o setor saúde em Santa Catarina. Naquele dia, ele não quis dizer ainda quem seriam seus colaboradores, mas ele disse: eu vou executar esse planejamento tendo um grupo de profissionais capacitados, uma meia dúzia, não mais, na saúde pública, na atenção hospitalar e na administração. Pouca gente teve essa chance. Eu e Fernando Ferreira de Melo preparamos durante, praticamente seis meses, o plano de saúde. Quando tomamos posse estava tudo organizado. A posse foi em 15 de março de 1971. No dia 1 de abril, o governador, em despacho, assinou toda a



reformulação da Secretária da Saúde, o que causou espécime àqueles que liam o Diário Oficial. Pouca gente lê o Diário Oficial, e pouca gente sabe disso, mas, eu já estava trabalhando nisso, há muito tempo, com meu amigo Fernando Ferreira (PARAÍSO, 2009).

Figura 4: Dr. Henrique Manoel Prisco Paraíso.

Nessa época, em Santa Catarina, havia uma discussão entre os dirigentes, da necessidade de remodelação e interiorização da assistência psiquiátrica. Desde a década de 1950, enquanto alguns países europeus (principalmente a Itália) e os Estados Unidos vivenciavam um processo de transformação da assistência psiquiátrica com ênfase na desospitalização, isto é, na saída e conseqüente diminuição do número de pacientes dos asilos psiquiátricos, no Brasil, assistia-se a uma expansão dos leitos psiquiátricos em instituições privadas financiadas pelo Estado. Para se ter uma ideia dessa expansão, em vinte anos (de 1950 até 1970), a população brasileira cresceu 82% e a população dos hospitais psiquiátricos 213%. Esse aumento resultou no agravamento da situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros, com superpopulação, deficiência de pessoal, maus-tratos, péssimas condições de hotelaria e pouca utilidade do tratamento (CEZARINO, 1989).

No início da década de 1970, havia também uma expectativa muito grande em torno da construção do Hospital Psiquiátrico de Chapecó, no Oeste do estado catarinense, semelhante à “mesma que já houvera com a própria construção do Hospital Colônia Sant’Ana, quando mais uma vez, as autoridades acreditavam que os problemas relativos à saúde mental no Estado seriam resolvidos definitivamente”. Essa expectativa finalizou-se quando o governador Colombo Machado Salles cancelou a inauguração do Hospital Psiquiátrico de Chapecó (MELO, 2004, p. 32). Sobre esse acontecimento, Serrano (1998) referiu que o Secretário da Saúde Henrique Manoel Prisco Paraíso, assessorado por Abelardo Vianna Filho, impediu a inauguração desse hospital, sugerindo uma política de saúde mental para o Estado.

No Brasil, somente na década de 1970, iniciavam-se os rumores para adoção de uma nova concepção e tratamento para a doença mental, com foco na atenção comunitária e na desospitalização dos doentes internados por longo tempo nos asilos psiquiátricos. Em meados dessa década, surgiu o Movimento Psiquiátrico Brasileiro provocando importantes transformações no campo assistencial da doença mental, principalmente no estabelecimento de diretrizes políticas capazes de direcionar as mudanças necessárias para a superação do modelo asilar, ainda vigente no país (AMARANTE, 1998).

A política de interiorização da saúde mental em Santa Catarina, “iniciou-se em 1971, com a criação da Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública (DSP), através do Decreto SES/10, de 24/03/1971”. A partir daí, essa Seção do DSP, juntamente com o HCS, iniciaram a “implementação de metas prioritárias estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC), em consonância com o Ministério da Saúde”. Estas incluíam a capacitação e reciclagem de recursos humanos, reformas na estrutura física e contratação de pessoal técnico para atuar no HCS, bem como nos ambulatórios no interior do Estado (SANTOS, 1994, p.93).

Cerqueira⁵⁰ (1973)⁵¹ refere que no início de 1972, foi celebrado um acordo entre o ministro da Saúde do Brasil e o diretor da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), para a execução de um programa de saúde mental para o país, com vigência até 31 de dezembro de 1974, com os seguintes objetivos:

1. Formulação de uma política nacional de saúde mental que servisse de base para o estabelecimento de normas gerais e para o esboço de um plano nacional de saúde mental incorporado ao Plano Nacional de Saúde;
2. Estabelecimento de departamentos estaduais de saúde mental dependentes das Secretarias de Saúde

⁵⁰ Luis Cerqueira, psiquiatra alagoano, destaca-se como um dos precursores da psiquiatria social no Brasil, trabalhou com dados estatísticos denunciando as condições precárias da assistência e os rumos mercantilistas da psiquiatria, a qual chamou de “indústria da loucura”. Sua indignação contribuiu para a aprovação da lei que hoje extingue progressivamente os manicômios no Brasil (BRASIL, 2009a).

⁵¹ Relatório elaborado por Luis Cerqueira em 1972 e publicado em 1973 sob o título: “Um quinquênio de Assistência Psiquiátrica no Brasil: Estatísticas 1965/1970, para uma avaliação preliminar” (CERQUEIRA, 1973).

- municipais;
3. Formulação de programas estaduais de saúde mental;
 4. Modernização dos hospitais psiquiátricos do país, adaptando seu funcionamento às técnicas modernas;
 5. Ampliação da assistência e prevenção psiquiátrica para a área rural;
 6. Estabelecimento de serviços comunitários de saúde mental com alternativas de tratamento, com ênfase especial à instalação de ambulatórios, serviços psiquiátricos nos hospitais gerais, casas de saúde e oficinas protegidas;
 7. Oferecimento de serviços à população infantil nos centros comunitários de saúde mental, nas unidades especializadas, centros de orientação infantil, serviços de higiene mental e escolas especializadas;
 8. Estabelecimento de serviços para o tratamento e prevenção do consumo de substâncias que causem dependência;
 9. Regulamentação dos estudos de psiquiatria e do exercício dessa especialidade, estabelecendo o sistema de residência em nível nacional;
 10. Favorecimento da formação do médico e da enfermeira em psiquiatria básica;
 11. Regulamentação da seleção e preparação do pessoal auxiliar;
 12. Fomentação à pesquisa, particularmente relativa às investigações epidemiológicas, clínica e operativa;
 13. Criação de critérios de avaliação de serviços.

Nesse contexto as transformações a serem produzidas pelo governo do Estado no sistema de atenção à saúde mental e, por conseguinte, no HCS, deveriam seguir as orientações da OPAS/OMS. No entanto, na década de 1970, a realidade de saúde mental em Santa Catarina reproduzia contundentemente a situação da maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros, os quais ignoravam as recomendações de criação dos programas de desospitalização, atenção comunitária e outros (CERQUEIRA, 1973).

O autor estabeleceu um estudo de investigação da assistência psiquiátrica no Brasil, de 1965 a 1970, no qual denunciou uma série de irregularidades e discrepâncias, com

destaque para o aumento da população psiquiátrica hospitalar no país, sobretudo na rede privada e a existência de psiquiatras constando ao mesmo tempo no quadro de recursos humanos de vários hospitais e, por esse motivo, designados de “psiquiatras fantasmas”. Consta ainda a denúncia de prevalência da política de mais leitos no país, havendo “leitos-chão” e elevada taxa de ocupação nos macro hospitais psiquiátricos, o que não ocorria nos hospitais de menor porte, e o alto número de internações nos estados que contavam com menor número de ambulatórios, com destaque para Santa Catarina e Alagoas (CERQUEIRA, 1973).

Das modificações incluídas no planejamento de Santa Catarina para o setor de saúde mental, estava a reestruturação da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), e a posterior incorporação do HCS ao seu patrimônio e administração (LOPES; CAETANO, 2008).

No Governo de Celso Ramos (1961-1966), a Lei nº. 3.765, de 17 de dezembro de 1965, instituiu a Fundação Médica Hospitalar Catarinense, com sede e foro na capital do Estado. Nos artigos segundo e terceiro da referida Lei, encontra-se que a Fundação será uma entidade autônoma e terá por objetivos: a) organizar e operar uma rede médico-hospitalar, sem objetivo de lucro; b) colaborar com o poder público na solução dos problemas médico-hospitalares da comunidade catarinense; c) promover a formação e treinamento de pessoal técnico e exercitar outros serviços afins.

Interessa ainda mencionar com referência a esta Lei que, em seu artigo quarto, foi definido o patrimônio da Fundação como constituído de móveis e imóveis pertencentes ao Estado e ao Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina, além do Hospital dos Servidores do Estado (HCR), Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR), Maternidade Carmela Dutra (MCD) e a Associação Catarinense de Reabilitação (ASCR).

No governo de Ivo Silveira (1966-1971) deu-se a revisão dessa Lei, sendo substituída pela Lei 4.547, de 31 de dezembro de 1970. Na secção segunda, artigo 45, inciso terceiro dessa Lei substitutiva, encontra-se a incorporação de outras instituições ao patrimônio da Fundação Médica dos Hospitais Catarinenses (FMHC), que passa a denominar-se FHSC, ficando composta pelas seguintes entidades: Fundação Catarinense de Saúde, Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen (Itajaí), Maternidade Tereza Ramos (Lages), Maternidade Darcy Vargas

(Joinville), HCS e HST (São José) e o HNR (Florianópolis) (LOPES; CAETANO, 2008)

Paraíso (2009) referiu que a incorporação do HCS à FHSC partiu da necessidade de sua transformação, e também da compreensão de que esse, por ser também, um hospital público, assim como os , deveria, também, ser administrado pela mesma Fundação. Nesse sentido explicou:

Foi esse plano que incorporava a Colônia à Fundação. Claro, se nós tínhamos uma fundação hospitalar, todos os hospitais públicos deveriam ser incluídos nessa fundação. Não tinha sentido uns despacharem com o Secretário de Saúde e outros com o Superintendente da Fundação Hospitalar. Todos deveriam cumprir as determinações e as decisões que emanavam da Secretaria de Saúde, mas seriam administrados pela Fundação. Esta avaliava, acompanhava e controlava a atuação de cada hospital (PARAÍSO, 2009).

O HCS, até 1971, estava sob a gestão do Estado. Possuía um diretor que era médico e um administrador sem formação específica para o cargo. As pessoas para ocupar esse cargo eram convidadas pelo Governador do Estado. Algumas religiosas e o capelão que também trabalhavam na instituição, eram contratados pelo Estado no regime de trabalho estatutário, e cumpriam a carga horária de 40 horas semanais, assim como os demais funcionários (guardas, vigilantes, etc.) (PAULA, 2009).

A política de saúde no Brasil na década de 1970, e pelos menos, até meados da década de 1980 do século XX, sofreu importantes reflexos do período da ditadura militar. Após o golpe militar de 1964 e uma ditadura de quase vinte anos, o governo abriu as portas para a iniciativa privada com o repasse de verbas significativamente altas, sob a alegação de que esta era melhor qualificada. Essa decisão propiciou o desvio de verbas, desorganização do sistema público e contribuiu com a desigualdade social. No caso específico da psiquiatria, em decorrência dessa privatização e consequente diminuição de verbas para o HCS, o trabalho dos internos, utilizado como mão

de obra sob o argumento de praxiterapia⁵², assumiu uma importância cada vez maior no tratamento do doente mental, considerada uma forma eficiente de valorização do trabalho, bem como uma forma de baratear o custo de manutenção da instituição⁵³. Na medida em que a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de estruturas velhas em enfermarias, a "indústria da loucura", como ficou conhecida, fez o número de leitos psiquiátricos no país aumentarem vertiginosamente. O doente mental se transformou em uma fonte financeira inesgotável para empresários que viviam dessa condição, agravando ainda mais a situação dos investimentos que começavam a diminuir, piorando cada vez mais as condições dos hospitais públicos⁵⁴ (AMARANTE, 1998; CERQUEIRA, 1989; SANTOS, 1994).

Nesse sentido, Cerqueira (1973) mostra em seu estudo que, de 1965 a 1970, surgiram no Brasil, 768 novos estabelecimentos psiquiátricos e que, somente no Rio de Janeiro, duplicou o número de instituições existentes. A assistência psiquiátrica pública, predominantemente hospitalocêntrica nos estados brasileiros, se dividiu em duas: uma patrocinada pelo Estado e outra mantida pela Previdência Social, a qual se multiplicou movida principalmente pela busca de lucro.

No início da década de 1970, os discursos oficiais

⁵² Terapia Ocupacional é o campo de conhecimento e de intervenção em saúde, na educação e na esfera social que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que apresentam problemas específicos (físicos, sensoriais, psicológicas, sociais), temporário ou definitivo. A praxiterapia (terapia através da atividade) é o instrumento do Terapeuta Ocupacional, que seleciona, analisa e adapta a atividade a cada indivíduo e situação, observando e determinando os aspectos motores, psíquicos, sensório-perceptivos, socioculturais, cognitivos e funcionais necessários (CREFITO, 2010).

⁵³ No prontuário de cada paciente, constava uma ficha de "praxiterapia", destinada ao controle de tratamento. Nesta, eram anotadas, entre outras coisas, o diagnóstico, a instrução, as profissões que o doente havia exercido, sua vocação ou aptidão para determinado trabalho, as condições psicossomáticas ao iniciar a praxiterapia, bem como, qualquer alteração percebida durante a permanência do doente nas oficinas (BORENSTEIN, et al, 2007).

⁵⁴ Responsável por essa política de privatização desmesurada, Leonel Miranda, então ministro da Saúde, tornou-se proprietário do maior manicômio privado do mundo, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi (RJ), que até 2002 tinha quase dois mil leitos totalmente financiados com recursos do Sistema Único de Saúde. Hoje a instituição funciona sob intervenção federal, ainda com cerca de 600 leitos (AMARANTE, 1998).

brasileiros apontavam para a necessidade de diminuir gastos com as internações psiquiátricas, controlar o tempo de permanência do doente no hospital e questionavam a qualidade dos serviços contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Em 1970 o Ministério da Saúde (MS), através da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), para reverter o modelo hospitalocêntrico hegemônico, sugere como tentativa a proposta inspirada no modelo norte-americano de psiquiatria comunitária (PITTA, 1996; CERQUEIRA, 1989).

No entanto, no estado catarinense nada se alterou e a assistência psiquiátrica permaneceu hospitalar, centrada no HCS e incorporada ao sistema asilar exclusionista. A superlotação assumiu características de calamidade pública, chegando a quase dois mil pacientes (MELO, 2004; TEIXEIRA, 1993).

Apesar de algumas tentativas de romper com o modelo hospitalocêntrico criado pela psiquiatrização da doença mental, no período de 1950 a 1970, o HCS e seu modelo assistencial asilar se manteve hegemônico no circuito catarinense, enquanto o discurso político e social seguia a linha de isolar o doente para proteção da sociedade sob o signo da periculosidade (COSTA; BORENSTEIN, 1999). A noção de periculosidade, segundo Amarante (1998, p. 24) caracterizou o louco “enquanto personagem representante de risco”, inaugurando a “institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria”.

A política de saúde desenvolvida pela previdência social para a saúde mental, na década de 1970, consistia na centralização e na construção de estruturas equipadas em sedes regionais para onde deveriam confluir os doentes. Dessa forma, de todo o Estado de Santa Catarina convergem pessoas à Colônia, por diferentes motivos e em diferentes graus de manifestação sintomatológica, apresentando condutas e comportamentos que chamaram a atenção de seus familiares e que prontamente foram rotuladas como atitudes inadaptadas (TEIXEIRA, 1993, p. 27).

Em Santa Catarina, não havia médicos com capacidade

específica e com formação especializada para atender os doentes mentais nos diversos municípios. Esta realidade fazia com que os médicos se defrontassem com situações que não sabiam resolver, resultando na conduta rotineira de encaminhamento do doente para o HCS, que, via de regra, era conduzida sem familiares em uma ambulância, em precárias condições de transporte (TEIXEIRA, 1993).

Diante dessa realidade, a política de saúde mental em Santa Catarina, a partir de 1971, sob a coordenação do Dr. Henrique Manoel Prisco Paraíso na Secretaria de Saúde do Estado, passou a seguir as orientações da OPAS/OMS/MS e da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Brasil.

O governador do Estado criou em 1971, a Seção de Saúde Mental do DSP⁵⁵, através do Decreto SES/10, de 24/03/1971”, que passou a ser coordenada pelo médico Abelardo Vianna Filho, convidado pelo Governador Colombo Machado Salles. Posteriormente, por indicação do Dr. Prisco Paraíso, o Dr. Abelardo Vianna Filho foi convidado para assumir a direção do HCS, acumulando por aproximadamente quatro meses as duas funções. Sobre este episódio, Vianna Filho (2009) fala da resistência aflorada pelos psiquiatras dessa instituição, diante da possibilidade de mudança:

⁵⁵ Em 1935, a Constituição do Estado de Santa Catarina disciplinou a ação estadual e municipal da saúde pública que passou a vigorar no ano de 1936 no governo de Nereu Ramos. A Lei nº 138, de 14 de novembro reorganizou o Serviço de Saúde Pública do Estado e, então, a Diretoria de Higiene passou a denominar-se Departamento de Saúde Pública (DSP). A partir de 1937, o complexo de saúde existente em Santa Catarina, dividiu o Estado em sete Distritos Sanitários. Em 1940, o presidente Getúlio Vargas visitou Santa Catarina com o objetivo principal de fazer funcionar o recém-criado DSP. Em 1942 a Secretaria de Interior e Justiça passou a denominar-se Secretaria de Justiça, Educação e Saúde, sendo essa a primeira vez que uma das secretarias passou a utilizar o termo saúde em sua nomenclatura formal. Em 1947 ocorreu nova reorganização na estrutura de saúde catarinense, e os distritos sanitários passaram a ser em número de oito. A partir de 1960 ocorreu nova mudança na estrutura administrativa na SES-SC, aumentando para 12 os Distritos Sanitários (LOPES; CAETANO, 2008).



Eu acumulava as funções de diretor e coordenador de saúde mental, justamente para eu poder fazer alguma coisa se mexer. Porque senão, não dava para mexer, porque muita gente não queria, resistiam às mudanças. Qualquer mexida era muito complicado (VIANNA FILHO, 2009).

Figura 5: Dr. Abelardo Vianna Filho.

Na fala de Vianna Filho (2009) percebe-se claramente que para poder intervir no processo cristalizado do modelo asilar que dominava a assistência de saúde mental em Santa Catarina, precisava-se de um novo poder para romper com o paradigma reinante. Para Foucault (2009, p. 91), o poder provém de todas as partes, em cada relação entre um ponto e outro. Essas relações são dinâmicas, móveis, e mantêm ou destroem grandes esquemas de dominação. Essas correlações de poder são relacionais e, segundo o autor, se pautam sempre com inúmeros pontos de resistência que são ao mesmo tempo alvo e apoio, "saliência que permite a apreensão". As resistências, dessa forma, devem ser vistas sempre no plural.

O médico Abelardo Vianna Filho escolhido para iniciar o processo de mudanças na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, foi aluno da primeira turma do Curso de Medicina da UFSC. Em 1965, tornou-se o primeiro médico formado em Santa Catarina, conforme assinalou com evidente orgulho:

Eu fui o primeiro médico formado em Santa Catarina, porque a primeira letra do meu nome começa com A e a segunda com B, então eu era o primeiro da chamada, então eu fui o primeiro a colar grau (VIANNA FILHO, 2009).

Na cerimônia de colação de grau dessa primeira turma de medicina da UFSC, o Governador Ivo Silveira premiou os

formandos com a promessa de emprego público para todo o grupo. Dr. Abelardo Vianna começou a trabalhar no DSP, a daí já possuía experiência na área, quando no governo de Colombo Salles, assumiu a direção da sessão de saúde mental daquela instituição (VIANNA filho, 2009).

Sobre o período que iniciou suas atividades no HCS como estagiário, Dr. Abelardo Vianna Filho relatou:

Em 1963 eu comecei a dar plantão na Colônia. Tinha mais ou menos, 2.500, 2600 pacientes e tinha uns cinco psiquiatras. As condições eram terríveis. No primeiro pavilhão tinha cama e colchão, no segundo, só tinha alguns colchões e no terceiro era todo mundo no chão. No primeiro setor dos homens, os pacientes dormiam na cama, no segundo, eram duas camas para três pacientes. O chão no primeiro pavilhão era até a metade de madeira, e a outra metade era de cimento, no segundo era a metade de chão e metade cimento e no terceiro, era todo de chão batido (VIANNA FILHO, 2009).

Na diretoria de saúde mental do DSP, Vianna Filho (2009) implementou e coordenou a interiorização da assistência psiquiátrica no Estado, que consistiu em um processo de estruturação de recursos humanos e instalação de vários ambulatorios para atendimento de usuários do serviço de saúde mental nos diversos municípios catarinenses.

Em 1973, a SES/SC elaborou através da Coordenadoria de Saúde Pública e Hospitalar, o “Projeto de Regionalização dos Serviços de Saúde” que deu origem aos Centros Administrativos Regionais de Saúde (CARS), mais conhecido como Projeto CARS. Esses vieram para substituir os 12 Distritos Sanitários até então existentes no Estado. Tinham como objetivo implantar no nível intermediário uma estrutura técnico-administrativa com a finalidade de assegurar a atenção integral à saúde, assessorando e executando serviços no nível local e regional. Esses CARS, em um total de 12, passaram a ser implantados gradativamente de maneira informal e, no ano de 1975, foi estabelecida a sua criação por decreto, pelo então governador Colombo Machado Salles (ESPEZIM, 2000).

Segundo Vianna Filho (2009), a fim de capacitar os médicos que atuavam nos CARS, em 1971, foi convidado para ministrar um curso de psiquiatria para médicos generalistas do estado de Santa Catarina, “o psiquiatra e professor David Zimmermann⁵⁶, procedente de Porto Alegre (RS), pois nessa época foi montado “ambulatórios de saúde mental no estado inteiro”. A partir daí, foi estabelecida no HCS uma série de estratégias para que os pacientes internados por longa data começassem a receber alta e retornassem para casa (desospitalização). Muitos pacientes eram reconduzidos para seus domicílios, de ônibus, fretado pela SES-SC e acompanhados por um enfermeiro, uma assistente social, e dois atendentes de enfermagem do HCS, para todo o Estado, em especial para as cidades do oeste e extremo oeste catarinense, de onde a maioria era procedente. Também eram realizadas viagens com veículos menores, geralmente Kombi, para levar menor número de pacientes para os municípios mais próximos à capital, localizados na denominada Região da Grande Florianópolis (VIANNA FILHO, 2009),

Essa idéia de reconduzir os pacientes internados no HCS de volta para seus municípios demandava um grande esforço da equipe de funcionários do HCS, em especial dos enfermeiros e das assistentes sociais. Essa iniciativa nem sempre eram bem aceitas e compreendidas pelos gestores municipais e familiares, pois quando a equipe chegava ao município levando o paciente “de volta para casa”, com frequência, era mal recebida, e muitas vezes, ao retornar para o HCS, o paciente que havia sido deixado em casa com seus familiares ou a cuidado da prefeitura, havia retornado para o hospital antes da equipe de viagem.

Na década de 1980 participei de muitas dessas viagens, as quais eram realizadas em condições adversas devido às estradas catarinenses, que saindo da BR 101, era de chão batido, em sua maioria. Os pacientes dos municípios mais distantes chegavam exaustos, com edema nos membros

⁵⁶ David Zimmermann (1917-1998) foi psiquiatra e psicanalista, formou-se em 1946 na Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul. Ocupou vários cargos no contexto da psiquiatria brasileira, entre os quais, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria. Também era membro titular da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro e professor titular do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas. Em 1994, recebeu da Câmara de Vereadores o título de Cidadão Emérito de Porto Alegre (PICCININ; COSTA, 2004).

inferiores, após terem dormido de 10 a 12 dias sentados no ônibus. Durante o percurso, a equipe de funcionários se alternava no cuidado dos pacientes, e a cada noite, se revezavam para dormir em hotel. Quando os “viajantes” chegavam aos municípios, se dirigiam as prefeituras, onde era providenciado um transporte para conduzir o paciente à sua casa. Muitas vezes esse transporte era o lombo de um cavalo, uma carroça, o carro da funerária, a ambulância da prefeitura, entre outros. Os pacientes, na maioria das vezes, moravam distantes dos centros urbanos, em condições extremamente desfavoráveis.

De acordo com Vianna Filho (2009), com essa estratégia das viagens e com a instalação de um ambulatório de saúde mental nos municípios catarinenses, o HCS “começou a diminuir o número de paciente”. Nos ambulatórios estruturados em cada município era também constituída uma equipe de saúde mental formada por médico generalista, enfermeiro, assistente social e psicólogo, os quais eram capacitados previamente para atuar em psiquiatria. Em relação à criação de ambulatórios no Estado acrescentou:

Eu montei ambulatório em Dionísio Cerqueira, Itapiranga, São Miguel do Oeste, Chapécó, São Lorenço do Oeste, Palmitos, Joaçaba, Videira, Araranguá, Criciúma, Blumenau e Caçador. O ambulatório de saúde mental era sempre exercido por médicos generalistas. E os que mais se vinculavam a essa atividade eram os pediatras. A ideia de montar esses ambulatórios foi exatamente a de manter o doente no município de origem. Com a montagem dos ambulatórios nenhum paciente vinha para Florianópolis sem primeiro passar pelo médico da sua região, e quando ele saía daqui, ele levava um encaminhamento. Quando ele voltava, ele também trazia um encaminhamento. Quando se encaminhava o relatório, se informava quem era o médico, a enfermeira e a assistente social, que o assistiram na Colônia. Elas escreviam o que havia sido feito na Colônia e o doente voltava com orientação e com isso, nós conseguíamos segurá-los nos municípios (VIANNA FILHO, 2009).

Santos (1994) também confirma essa nova política de assistência psiquiátrica no Estado, coordenada pelo Dr. Abelardo Vianna Filho, na Seção de Saúde Mental do DSP. Segundo o autor, a interiorização da psiquiatria se justificava pela necessidade de implementação da psiquiatria preventivista ou comunitária catarinense, e também para cortar gastos por parte do Estado, com o alto número de internações e reinternações no HCS.

Discorrendo animadamente suas reminiscências, Vianna Filho (2009) acrescentou:

foi aí que começou tudo, foi então que veio a grande mexida na psiquiatria. Foi no governo de Colombo Salles com o Prisco de Secretário da Saúde. Ele mandou mexer na Colônia e a gente fazia tudo. Eu fiquei de diretor na época e depois entrou o Julio Gonçalves. A grande jogada do Prisco foi à seguinte: ele se dirigiu à Organização Pan-americana e de lá trouxe as orientações do que deveria ser feito (VIANNA FILHO, 2009).

Em agosto de 1970, o então governador Colombo Machado Salles já trabalhava no PCD, dando início ao seu plano de governo, que passou a implementar, a partir de sua posse em 1971.

O Colombo reuniu um grupo de amigos e estava havendo a programação de um curso da Escola Superior de Guerra em Florianópolis, que era um marco na época do regime militar. Todos os planejamentos, em todos os setores, eram feitos junto com a Escola Superior de Guerra. Colombo indicou vários companheiros, vários amigos para serem alunos daquele curso de três meses aqui em Florianópolis. Ora, cada um sentiu, portanto que ia ser um colaborador no governo de Colombo, pois se o futuro governador estava pedindo para que se prepararem naquele setor, esperava-se realmente, alguma coisa dele, em terminado o curso (PARAÍSO, 2009).

De fato, como previram, quando o governador Colombo Machado Salles assumiu, Prisco Paraíso, assim como outras pessoas que estavam no referido curso, foram convidados para serem “colaboradores em seu governo”. Na década de 1970, a OMS já orientava a reorganização dos hospitais psiquiátricos para pacientes agudos e o direcionamento da assistência psiquiátrica com enfoque comunitário. A OMS orientou e patrocinou, durante seis meses, um grupo de trabalho para realização de um estudo sobre a situação do HCS e da assistência psiquiátrica no Estado, conforme pode ser visualizado no fragmento de entrevista a seguir:

Havia, na época, o Departamento de Saúde Pública que era o outro braço da Secretaria. Existiam dois: um que cuidava dos hospitais e outro que cuidava da Saúde Pública. Nós criamos, lá, a Diretoria de Saúde Mental e colocamos dois revolucionários da psiquiatria nos dois cargos: na Colônia Santana, o Dr. Julio César Gonçalves e na coordenação de saúde Mental, o Dr. Abelardo Vianna Filho, para que as coisas começassem a acontecer. A ideia era que a Colônia Santana passasse a ser um posto de atendimento dos pacientes agudos e dos crônicos irrecuperáveis, mas quando melhorassem, deveriam voltar para casa e continuarem o tratamento em seus municípios (PARAÍSO, 2009).

Na década de 1970, havia uma cultura de exclusão dos marginalizados (loucos ou não), em Santa Catarina, que era manifestada de diversas formas e por vários segmentos sociais. De acordo com Paraíso (2009):

qualquer prefeito, ou qualquer um que encontrasse um camarada incomodando, dormindo, duas ou três noites no banco da praça, iam parando o jipe, pegavam e entregavam na porta da Colônia Santana, e se mandavam. Ninguém sabia quem era, de onde viera, quem eram os parentes.

Foucault (2004) enfoca muito bem a questão dos excluídos e dos marginalizados sociais, e refere que até o final do século XVII, a loucura e razão não estavam ainda separadas. Os marginais eram confinados em asilos ou hospitais, sendo-lhes oferecido abrigo e alimentação. Numa maneira mais sutil de abandono, esses asilos funcionavam como verdadeiros depósitos e prisões para as pessoas excluídas e segregadas, tais como: bêbados, prostitutas, loucos e qualquer outro considerado desviante, não possuindo nenhuma chance de conviver em igualdade com a sociedade. Este era o modo de afastar o “diferente” e proteger a sociedade do “pavor da loucura”.

A fala de Gonçalves (2009) corrobora com a informação acima, de forma muito clara, quando evidencia a força da cultura manicomial ainda presente na sociedade catarinense na década de 1970.

Se você olhar para 1941 até 1970, realmente os recursos disponíveis, e que estavam no auge, que era a eletrochoqueterapia, a insulino terapia, tinha lá. Então com estes recursos da época, com 4 ou 5 médicos recebendo os pacientes, que não eram triados por médicos, mas triados pelo delegado de polícia, pelo padre da comunidade, pelo deputado, pelo vereador pelo prefeito, nesse estado inteiro, Eram, questões sociais e familiares. As pessoas das diversas comunidades de Santa Catarina começaram a encaminhar doentes, e com muito poder de mando. Dificilmente, esses poucos servidores que aqui estavam conseguiriam segurar este processo, que vai se constituindo num inchaço, numa associação de infelizes formada por deficientes mentais graves, deficientes medianos, epiléticos com quadro difícil, idosos de todos os tipos, doentes mentais severos, psicopatas, desses que deveriam estar em instituições com serviço de reabilitação social. Havia ainda os sóciopatas também, como havia os pobres, como havia os inválidos. Então você tinha uma associação muito dramática de situações, e



um grupo de médicos impotentes, até porque a instituição não tinha uma porta de triagem, e quem viesse não voltava (GONÇALVES, 2009).

Figura 6: Dr. Júlio César Gonçalves

Foi nesse contexto social excludente de intervenção sobre a doença mental e “outros desviantes”, que o Dr. Prisco Paraíso, como Secretário de Saúde, o Dr. Júlio César Gonçalves, como Diretor do HCS, e o Dr. Abelardo Vianna Filho, na função de Diretor do DSP, deram início à reestruturação da assistência psiquiátrica em Santa Catarina, a partir de 1971.

5.2 O CONTEXTO DO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA NO INÍCIO DA DÉCADA DE 1970

De 1941 a 1971 passaram-se exatos 30 anos, em que o Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) iniciou sua trajetória de tratamento da doença mental, com base no paradigma conservador, em que o doente era excluído do meio social, ou seja, afastando-o do meio que adoecia.

Nesse período, a cultura de segregação que deu origem à criação do HCS se manteve hegemônica na instituição e na sociedade catarinense, bem como em todos os hospitais psiquiátricos brasileiros que foram criados no fim do século XIX e na primeira metade do século XX.

Até 1971, o HCS esteve sob a tutela do Estado, tendo como primeiro Diretor, o Dr. Agripa de Castro de Faria⁵⁷.

⁵⁷Agripa de Castro Faria nasceu na cidade de Campos (RJ) em 1901. cursou a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi Diretor do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (1940-1943) e Diretor do Hospital Colônia Sant'Ana (1943-1950), além de ter ocupado vários cargos políticos no Estado (PIAZZA, 1985).

Sucessivamente outros médicos assumiram a Direção Geral do HCS; no entanto, “a maior parte dos serviços existentes no hospital era conduzida pelas irmãs da Congregação da Divina Providência”, que vieram juntamente com os primeiros pacientes, em 1941 (BORENSTEIN, 2004, p. 68).

Com a criação da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) e a consequente incorporação do HCS à sua administração, o médico Júlio César Gonçalves foi indicado para ser diretor em 1971. Ele referiu que, no final da década de 1960 e início da década de 1970, a psiquiatria começava a ser “contaminada por uma visão biopsicossocial” de tratamento. No entanto, apesar dessa ideia, “a prática dominante da psiquiatria no Estado e no HCS, era a de um serviço público onde não havia recursos”, explicou o entrevistado:

Claro que a Santana, na época era uma tragédia, mas temos que contextualizar, que ela não era uma tragédia isolada, e sim, era uma situação administrativa e política, fruto de uma mentalidade predominante, que foi aquela, que a partir dos anos 60, começou a ser questionada. O que acontecia na Santana acontecia no Hospital São Pedro em Porto Alegre, no Juqueri em São Paulo, em Pernambuco na Tamarineira, e acontecia no Rio de Janeiro, no Hospício Pedro II. Então, foi neste contexto que a psiquiatria se desenvolveu e somente nos anos 60, 70, começou-se a questionar (GONÇALVES, 2009).

Durante uma visita ao HCS em 1971, Paraíso (2009) juntamente com Gonçalves (2009) e Vianna Filho (2009) realizaram uma avaliação preliminar das condições dessa unidade hospitalar, constatando que:

A Santana era um depósito de pacientes. Havia mais de 2.000 pacientes internados e lá existiam os chamados leitos chão. Não sei se usa essa expressão, mas era uma pilha de colchões, cujas pessoas excedentes ali dormiam. Durante o dia, os colchões ficavam empilhados num canto e à noite eram colocados entre as outras camas. Tinham as

células invioláveis e tudo isso causava espécime, principalmente depois dos estudos cobertos pela Organização Mundial de Saúde. Aquilo precisava mudar. No dia 1 de abril de 1971, quinze dias do governo de Colombo Salles, toda a política nova estava avançando e a Colônia não ia ser mais um depósito (PARAÍSO, 2009).

Os relatos de Gonçalves (2009) e Paraíso (2009) evidenciam o antagonismo da situação apresentada no HCS, em 1971, com a relatada em 1942 pelo governador Nereu Ramos, quando visitou a instituição. De acordo com um relatório encaminhado ao presidente da República, o então governador descreveu a excelente higiene e 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”, e ainda outros serviços como a olaria, pocilga, sapataria, entre outros (RAMOS, 1942, p.7).

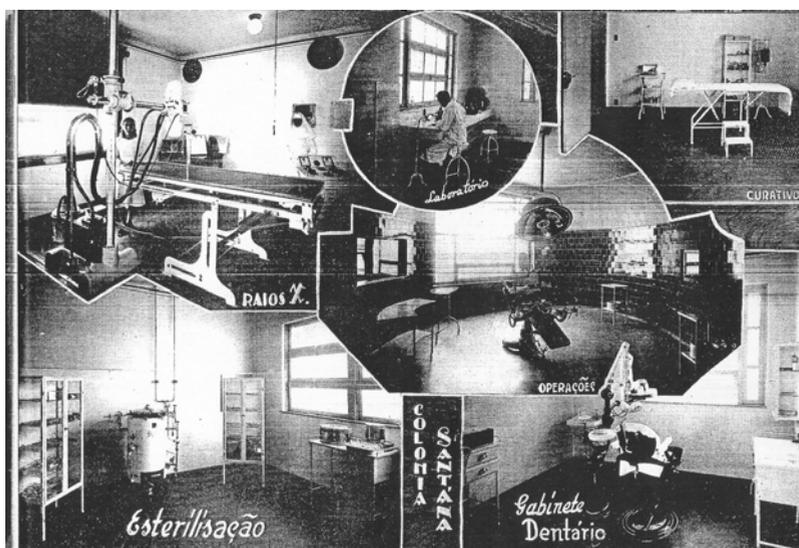


Figura 7: Setores do HCS em 1941.

Fonte: Acervo do IPq-SC/HCS



Figura 8: Setores do HCS em 1970

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC

Existe na literatura brasileira um significativo número de publicações que abordam a realidade dos hospitais psiquiátricos do país (BORENSTEIN, 2004; COSTA, 2007; FRAGA, 1993; KIRSCHBAUM, 1994). Através desses estudos, sabe-se que a situação em que se encontravam os hospitais psiquiátricos na década de 1970, e a ineficácia dos métodos terapêuticos neles empregados, não possibilitava o cuidado e não ofereciam as mínimas condições de recuperação dos pacientes.

A realidade encontrada no HCS em 1971 por Gonçalves (2009), na condição de diretor, o levou a perceber e constatar de imediato a urgência de transformar o paradigma de abandono que permeava a assistência na instituição. Referiu que já tinha uma preconceção da necessidade de transformação da assistência psiquiátrica com base nas aulas do professor Antônio Santaella que era professor de psiquiatria da UFSC, e também, por “novas cabeças” que chegavam à universidade, como o enfermeiro Wilson Kraemer de Paula. Este era docente da disciplina de enfermagem psiquiátrica do Curso de Enfermagem da UFSC. Iniciou suas atividades nesta instituição em março de 1971 e, em agosto do mesmo ano, começou a trabalhar no HCS,

no cargo de assessor da direção geral.

A Universidade exigiu que eu me preparasse para docência. Recebi uma bolsa e fui pra Ribeirão Preto fazer este estágio de aperfeiçoamento. Lá eu conheci Maria Aparecida Minzoni, que tinha doutorado em enfermagem psiquiátrica. Ela foi minha orientadora. Nesta época, ela já era crânio, e ela foi a maior enfermeira psiquiátrica deste país. Eu estudei junto com três alunas dela que estavam acabando de fazer a graduação, uma delas a Edna Paciência, hoje uma enfermeira conhecidíssima. Fizemos estágio no Hospital Santa Teresa. Eu ficava em tempo integral com a Aparecida Minzoni, dia e noite, trabalhando. Nós fazíamos grupo operativo no pior pavilhão do hospital, com pacientes muito regressivas e violentas. Eu fiquei muito emocionado, empolgado, porque eu vi muitas pacientes, tremendamente regressivas começarem a se manifestar nesse grupo, e evoluíam tanto com este trabalho, que chegaram ao ponto de que as próprias pacientes reivindicavam material pra pintura. Depois eu fui para o Hospital São Vicente e lá não me deixavam entrar no posto de enfermagem. Eu ficava de observador junto com os doentes, no meio deles. Depois eu fui para a Clínica Santa Fé. Quando eu chequei já era uma comunidade bem estruturada, uma coisa espetacular. Eu fiquei 15 dias dentro dessa comunidade como interno e foi muito interessante, eu vi coisas maravilhosas do outro lado, pelo lado de dentro, pelo lado do doente. Era uma comunidade completamente diferente. Eu fiz isso em 1971, antes de Moffat. (PAULA, 2009).



Figura 9: Enfermeiro Wilson Kraemer de Paula

O HCS até 1971 conservava muitas particularidades administrativas e técnicas, desde sua fundação. Era uma instituição pública, no entanto, tinha uma autonomia administrativa diferenciada, em que os recursos públicos, e até os privados dos doentes, eram administrados pelo diretor. Isto pode ser observado em documentos, como, por exemplo, em um livro encontrado nos arquivos da instituição, identificado de *Rádio Comunicações* e datado de 1947.



Figura 10: Capa do livro de Rádio Comunicações (1947)

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Este livro era destinado ao registro de pacientes encaminhados pelo secretário da Secretaria de Justiça, Educação e Saúde, para o diretor da Colônia Sant'Ana, Dr. Agripa de Castro Faria. Esses documentos eram denominados de "Internamento de dementes", pelos quais os pacientes eram

oficialmente encaminhados para internação, e também autorizava o diretor a receber o “pagamento de diárias estipulada em Seis Cruzeiros (CR\$ 6,00), como também pelos medicamentos gastos e honorários médicos” referentes à internação.

A realidade existente no HCS a afastava dos critérios em que se enquadravam uma instituição criada para tratar e reabilitar conforme deve ser um hospital. A assistência aos pacientes era exercida por noventa pessoas, incluindo vigilantes e guardas que controlavam a segurança, e era dispensável qualquer grau de escolaridade. Entre esses funcionários, certamente não estavam incluídos os médicos psiquiatras, cirurgião, clínicos, pneumologista, ginecologista e os acadêmicos de medicina, que já prestavam serviços na instituição. O HCS não contava com outro profissional fora da área médica que tivesse formação escolar de nível superior, além de uma farmacêutica que era responsável pela farmácia e que “raramente aparecia”. Além desses, havia também um “administrador que tinha formação na área de odontologia, mas não atuava como tal” (PAULA, 2009).

A forma de ingresso das pessoas para trabalhar no HCS, independentemente da função a exercer, na maioria das vezes, se dava pela relação de conhecimento, amizade e indicação. Em entrevista realizada com o auxiliar de enfermagem Silvio Daniel Santos em setembro de 2009, único profissional de nível médio convidado para dar seu depoimento nesta pesquisa, é possível visualizar a forma de ingresso dos funcionários na instituição:



Entrei quando a Fundação passou a administrar a Colônia. O meu processo de contratação foi assim: simplesmente, a minha tia era chefe da lavanderia, daí, num momento surgiu vaga aqui na Colônia. Eu pretendia continuar estudando, mas eu tinha que trabalhar. Não tinha pai, nem irmãos e minha mãe morava no Rio de Janeiro. Fui criado pela minha avó. A minha tia já morava aqui, já trabalhava aqui, a minha avó também. Todo mundo aqui na Colônia entrava assim, um parente trazia o outro, mas tinha que ser amigo dos homens (SANTOS, S., 2009).

Figura 11: Silvio Daniel Santos

Seu discurso reitera o comentado anteriormente quanto à forma de ingresso no HCS; no entanto, um das coisas que era sempre levada em consideração, segundo Santos, S. (2009), era o fato de que todos eram moradores da comunidade, em função da localização e da dificuldade de acesso ao hospital. Referiu também que após três meses de trabalho, relativos ao período de experiência, os funcionários eram avaliados pelas religiosas. Segundo o entrevistado, nessa avaliação:

se era bom funcionário, ficava, se não era, elas mandavam embora, e esse era o regime das freiras. Elas eram o comando mais superior, depois vinha o administrador e depois o diretor. As freiras é que decidiam, o diretor tinha pouco poder. O diretor só tinha poder de assinar documento, mas de tomar decisões de funcionários, pra mandar pra rua, de suspensão, eram as freiras que comandavam. Os médicos só apareciam de vez em quando e prescreviam os prontuários. Elas faziam tudo o que eles mandavam, mas quem mandava na gente eram elas (SANTOS, S., 2009).

A presença e o poder das irmãs da Divina Providência no HCS as fizeram detentoras de um poder, desde a sua inauguração, em 1941, até 1971, quando ingressaram na instituição outros profissionais. A prática das irmãs tinha como base um saber aprendido no Asilo de Azambuja (Brusque-SC) e aperfeiçoado nos trinta anos que estiveram no HCS. Este saber, associado anteriormente à insuficiente presença dos poucos médicos existentes na instituição, permitiu o domínio do espaço psiquiátrico pelas religiosas. A convivência destas com outros profissionais no espaço hospitalar determinou um embate crescente entre o saber/poder religioso e o científico.

De um lado, o discurso religioso assentado na experiência do cotidiano e no domínio institucional, historicamente assumido pela Igreja; e de outro, o discurso médico, que gradativamente buscava transformar o asilo num espaço medicamente concebido no quais as práticas científicas deveriam se desenvolver, e onde o comando da instituição, deveria ser transferido das religiosas para o Estado, representado pelo diretor, médico e demais

profissionais que começaram a compartilhar novos saberes e poderes. Essa situação progressivamente resultou no afastamento das religiosas do HCS.

As irmãs da Divina Providência, empoderadas administrativamente, eram respeitadas e temidas pelos funcionários, como pode ser observado na fala de Santos, S. (2009):

Elas eram terríveis, só que no fundo, no fundo, elas serviam de exemplo para muitos funcionários antigos que estão por aí, como eu, que sou um das últimas remessas daquela época, mas para mim, valeu a pena.

Além dos requisitos anteriores já comentados, havia também o aspecto físico que era levado em consideração para a contratação e permanência de pessoal na enfermagem do HCS. Segundo Paula (2009), “era valorizada a coragem e competência para enfrentar os doentes na força física”, sendo que o preparo do pessoal de enfermagem não passava daquele que a própria instituição oferecia: na base do “é fazendo que se aprende”, e nesse sentido, assinalou:

tinham os “enfermeiros”, que eram chamados assim por causa das práticas de enfermagem que executavam. Alguns eram chamados de enfermeiros porque atendiam aos cinco médicos que trabalhavam no hospital e tinham o privilégio de conhecer todos os pacientes do psiquiatra para quem trabalhavam. Outro era reconhecido como “enfermeiro” porque aplicava medicação, incluindo injeções. Dois outros eram também identificados como “enfermeiros” porque eram eles que aplicavam os eletrochoques. Os demais empregados, quando homens eram chamados de guardas e as mulheres eram contratadas como vigilantes. Além dos guardas, vigilantes e “enfermeiros”, o hospital contava com a colaboração de algumas freiras, sendo que uma delas era a “chefe de enfermagem” (PAULA, 2009).

A necessidade de capacitar os trabalhadores no cuidado aos doentes mentais emergiu no bojo de um processo de transformação dos asilos em um espaço terapêutico da loucura. Fraga (1993, p.126) observou a realidade dos atendentes de enfermagem em um hospital psiquiátrico e referiu que eles aprendiam a “fazer fazendo” o que lhes conferia um saber prático inquestionável. Porém, a falta de uma reflexão crítica os condicionava à disciplina e obediência, tendendo a serem o mais produtivo possível.

A história política da subjetivação feita por Foucault relacionada a uma noção de corpo, como a maior parte de suas análises, tem dado frutos interessantes. O autor fornece subsídios para compreender o sentido dos gestos, das falas e das posturas possíveis em determinadas sociedades, e a ação que o corpo sofre pelas técnicas de poder presentes em instituições como escolas, hospitais, prisões e outras. “A coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.” A lógica política da disciplina é criar um ambiente no qual seja impensável qualquer outro tipo de comportamento que não seja a sujeição. A disciplina expõe as regras, cabendo aos corpos cumpri-las (FOUCAULT, 2005, p. 127).

Na função de enfermeiro prático, Santos, S. (2009), assim como as demais pessoas na mesma atividade, deveriam realizar a aplicação da eletroconvulsoterapia⁵⁸ e da insulino-terapia⁵⁹. Porém, alguns desses “enfermeiros”, com maior capacidade cognitiva e que sabiam ler e escrever, como ele próprio, desenvolvia ainda atividades de cunho administrativo,

⁵⁸ 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. Sucodem-se as fases clônicas, tônicas e finalmente a comatosa, iguais a uma crise convulsiva clássica (BORENSTEIN et al., 2007).

⁵⁹ A insulino-terapia foi bastante utilizada na instituição. Esta droga foi descoberta pelos médicos canadenses, Frederick Banting e Charles Best, em 1921. Quando administrada no indivíduo provoca uma ação hipoglicemiante que permite a regulação da glicemia. 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 (BORENSTEIN et al., 2007).

“gerenciamento” de atividades terapêuticas, supervisão de pessoal e até a realização de contracheques dos médicos, conforme descreveu.

Naquele tempo de 71, quem tinha o ginásio já era um maior. Eu dava aula no grupo, e dava aula na Mariquita⁶⁰. Então eu tinha um pouco de conhecimento, e fui incluído no rol dos “enfermeiros”. Assim, eu tinha liberdade para fazer as coisas. Eu fazia o contracheque do diretor, do administrador, dos médicos, a escala de serviço, eu fazia tudo e mandava para as freiras. A escala era vinte e quatro por quarenta e oito; por exemplo, uma comparação: se você entrasse na quinta-feira às oito horas da manhã, para sair na sexta as oito, você poderia ir para casa, mas se o seu colega de serviço não viesse, a freira tinha autonomia de pegar o carro da Colônia, ir lá na sua casa, lhe pegar para vir trabalhar. Tinha que vir, porque senão no outro dia era chamado atenção, ia suspenso, ou ia para rua (SANTOS, S. 2009).

Em sua fala, Santos, S, (2009) evidenciou ainda o excessivo número de pacientes existentes e a insuficiente quantidade de pessoas para atendimento dessa clientela:

tinha pouco funcionário e tinha dois mil e trezentos e vinte pacientes, para uma mixaria de funcionários e dois ou três médicos recém-formados. Tinha o Dr. Ivan e o Dr. Iracema, além do Dr. Julio e do Dr. Abelardo na direção (SANTOS, S., 2009).

Em consequência desse pequeno número de funcionários para prestar os “cuidados”, no início de 1972, Paula (2009) solicitou à FHSC a contratação, em caráter de urgência, de vários atendentes de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, dos quais referiu os nomes: “Neri e o José Néri”.

⁶⁰ Mariquita é uma localidade do bairro Colônia Santana (NOTA DA AUTORA).

Conforme registrado anteriormente, a profissionalização do pessoal de enfermagem surgiu no Brasil com a criação da “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras”, no Rio de Janeiro, em 1890, com o objetivo de atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública (GEOVANINI et al., 2005, p. 33).

Portanto, de acordo com os autores, a profissionalização da enfermagem começou no hospício, ainda no século XIX. Kirschbaum (1997) refere que no Brasil os agentes de enfermagem, entre os séculos XIX e XX, se constituíram em importantes elementos de transformação dos asilos psiquiátricos em instrumento terapêutico. Este fato se deu principalmente por causa da importância que os psiquiatras davam ao trabalho desenvolvido por essa categoria, a inexistência de pessoal qualificado para tal ocupação no país e a pretensão de moralizar os trabalhadores que até então trabalhavam nas instituições psiquiátricas. Para a autora, a capacitação dos agentes de enfermagem tinha por objetivo torná-los obedientes aos psiquiatras e aos princípios hierárquicos existentes na instituição, culminando na centralização do poder técnico e administrativo nas mãos dos alienistas, e na sujeição desses profissionais ao poder médico. A profissionalização dos agentes de enfermagem

foi obtida mediante a implementação de um rígido controle sobre a força de trabalho em enfermagem, graças à operacionalização de um conjunto de procedimentos disciplinares, expressos em instrumentos jurídicos que regulavam a vida asilar (regimentos, regulamentos), e à criação de mecanismos formais ou informais de preparação do pessoal de enfermagem, que possibilitaram a transformação definitiva do asilo num instrumento de intervenção tipicamente médico sobre a loucura (KIRSCHBAUM, 1997, p. 22).

No entanto, apesar da profissionalização de enfermagem ter iniciado no Brasil em 1890, em uma escola que funcionava em um hospício, no HCS, o processo de profissionalização dos agentes de enfermagem teve início somente no século XX, a partir de 1971, quase um século depois.

O asilo psiquiátrico em sua evolução se consagrou como espaço medicalizado, o que não significou, na prática, a humanização da assistência ao louco, pois o que se assistiu no mundo e no Brasil foi a progressiva desumanização do cuidado ao doente mental e a transformação dos asilos em espaços superlotados por uma população de rejeitados sociais. Essa realidade foi abordada por Gonçalves (2009), quando se referiu à criação do HCS como fruto de uma política histórica desenvolvida no mundo desde o século XVIII, e repetida em vários países. O entrevistado referiu que no Brasil, na década de 1940, essa forma de intervenção era fortemente arraigada, sendo o HCS, fruto dessa filosofia, e descreve suas condições trinta anos depois:

O hospital que eu encontrei em 1971 era um hospital com seis ou sete médicos e com 2.156 pessoas. Havia lugares onde os doentes eram lavados em grupo, lugares onde os pacientes passam o dia inteiro dando volta numa estrutura que a gente chamava de sombrinha, onde havia enfermarias que para você entrar, você tinha que chamar os guardas para ir junto, onde os pacientes estavam entregues à própria sorte. Era algo muito feio, muito triste, muito doloroso. Então se entrar em uma instituição com 2.156 pessoas hospitalizadas, onde só tinha cama para 1.200, onde havia beliches, em que um deitava por cima do outro, e onde dado o fato que aquilo existia por tanto tempo, então se observava que aquilo era visto como natural, que as pessoas dormissem no chão, naquela condição. Isto só acontecia na psiquiatria (GONÇALVES, 2009).

Acredito que essa realidade só encontra precedente na história brasileira contemporânea quando se refere aos asilos para os leprosos, também construídos em alguns estados brasileiros, na década de 40 do século XX. Porém, quando se refere ao abandono, maus-tratos, superlotação e terapêuticas desumanas, penso que nenhuma outra patologia tenha recebido tratamento tão degradante quanto a loucura, e permanecido

assim por tanto tempo.

Santos, S. (2009) corrobora com essa reflexão quando descreveu a situação dos pacientes em uma determinada enfermaria do HCS em 1971:

Aqui também tinha o quinto que era um pavilhão chamado de geladeira, e era insuportável. Tinha na época, uma base de trezentos e cinquenta pacientes todos juntos [...]; No inverno, não é contar história, não é querer exagerar pra ilustrar as coisas, mas eu cansei de recolher os mortos pela manhã quando chegava. A irmã Fernandina e a irmã Telésfora me incumbiam de fazer isto. Tinha dia, no inverno forte daquela época, que nós chegávamos de manhã e recolhia quatro, cinco mortos. Aí, era colocado no necrotério, colocado a roupa, porque eles estavam na maioria do tempo pelados. Era levado para o cemitério no famoso carretão, quatro, cinco caixões, no fundo da carreta amarrado. Era assim, todo inverno eu acho que morria uma série de vinte, trinta pacientes, por aí, na beira do rio, no inverno constante e forte, sem roupa, no piso, sem cobertor, colchão de capim, sem medicação apropriada para dormir e para sedar. O que é que podia dar uma situação dessa? Era só morte, só morte, só morte! (SANTOS, S., 2009).

Para garantir o afastamento dos loucos dos espaços urbanos, os hospitais colônias eram edificados longe dos grandes centros, em áreas rurais, de difícil acesso, e a localidade onde foi construído o HCS em 1941 possuía essas características. As condições da estrada e o percurso realizado até a instituição foram repetidamente identificados pelos entrevistados como bucólicos, longínquos, demorados, divertidos, mas também, perigosos. Além do estigma presente na questão da doença mental, essas características de acesso ao HCS contribuíam para que os profissionais apresentassem resistência em aceitar trabalhar na instituição, constituindo-se em um dos motivos que estimulavam a concessão de “benefícios” ou “facilidades” para as pessoas aceitarem o emprego.

Gonçalves (2009) falou do percurso e do meio de transporte fornecido pela FHSC para conduzir os profissionais ao HCS, e da refeição especial preparada pelas religiosas, servida quatro vezes por dia, em um refeitório separado dos demais funcionários:

Nessa época, a gente ia de kombi para o hospital e ia junto com as figuras médicas da cidade que eram muito conhecidas: o Dr. Ivan, o Dr. Dário, o Dr. Airton, que era professor de Fisiologia da Universidade, e aquilo parecia uma excursão. A gente saía daqui e ia pegando um por um em casa. Como eu era um dos mais novinhos, era um dos primeiros a embarcar. Depois de pegar todo mundo, seguíamos pela aquela estrada que a partir de São José, era de barro. Na ida para lá, saindo da ponte, não tinha a via expressa, não tinha a Avenida Ivo Silveira e a viagem levava uma hora, uma hora e pouco, até chegar lá em cima. No caminho, o pessoal entrava numa lojinha, no local onde na verdade, nasceu a empresa dos Koerich, e ali, o pessoal deixava à vista os mantimentos que compraram, e quando voltavam eles pegavam linguiça, arroz, feijão, pão. Ao chegar na Santana não se entrava lá direto, a gente ia para um refeitório e se sentava numa mesa e se servia de um farto café oferecido pelas freiras. Aí vinham os pães trabalhados, ovos, filé e se quisesse tinha até salada. Era uma festa e ali se ria muito se conversava muito (GONÇALVES, 2009).

De acordo ainda com o entrevistado, a percepção de que a realidade do HCS precisava ser transformada partiu da visão inicial do ex-governador Colombo Machado Salles, ao convidar para a Secretaria de Saúde, um “grande homem” que foi Henrique Manoel Prisco Paraíso; e acrescentou:

Hoje, inclusive, eu estava lendo no jornal uma reportagem que dizia que o grande governador de Santa Catarina foi Colombo Machado Salles. Ele fez grandes coisas:

construiu as vias para o norte e sul da ilha, fez a ponte Colombo Salles e colocou na Secretaria de Saúde, o Dr. Prisco Paraíso, que também é um grande homem, muito inteligente, com muita sensibilidade. A saúde ganhou um espaço muito importante no governo do Colombo e, de alguma forma, a saúde mental também. Ele escolheu o grupo para iniciar as transformações na saúde mental. Na época eu era um guri e tinha junto comigo o Dr. Abelardo Vianna Filho que se formou um ano antes e o enfermeiro Wilson Kraemer de Paula “botando pilha”. Tinha também outros meninos novos que ainda estavam saindo da faculdade de medicina e nós começamos a identificar como corajosos, trabalhadores, como foi o Paulo Collaço, Wilson Leitão Leite, Paulo Tesk, já falecido e o Diogo Ney Ribeiro, e nós conseguimos formar um grupo (GONÇALVES, 2009).

Apesar de citar o nome de vários médicos ao falar da concepção do trabalho a ser realizado, Gonçalves (2009) destaca a figura do enfermeiro Wilson como um personagem de “extrema importância” para que as transformações comesçassem a ser processadas. Referiu que a ideia de mudança partia da vontade desse grupo, independentemente dos “novos ventos de mudança que começavam a soprar”, fazendo alusão às novas políticas de saúde mental que começavam a ser ventiladas dentro e fora do país:

Eu e o Wilson começamos a ver primeiro que havia um movimento lá fora do país, mas dentro do país, era preciso reformular também. E qualquer pessoa com sensibilidade que fosse numa instituição como aquela, como a Colônia, entendia que aquilo tinha que ser reformulado. Qualquer pessoa de boa índole que assistia àquilo não tinha como ficar insensível, e no mínimo pensava: como isto aqui é possível? E quando se associava o que não era possível com o que estava acontecendo histórica-

mente, se via que alguma coisa precisava logo ser modificada. Então, eu diria que a necessidade de mudança foi mais em cima da percepção e da visão que cada um de nós teve sobre aquilo. Sabíamos que aquela situação não podia continuar. A vontade de mudança não foi motivada porque vieram informações ou determinações para que isto acontecesse (GONÇALVES, 2009).

Não faltavam, com certeza, obstáculos para que o grupo escolhido se desencorajasse. No entanto, o governador Colombo Machado Salles, juntamente com o Secretário de Saúde Dr. Prisco Paraíso apostaram na possibilidade de resolução técnica, escolhendo pessoas com um saber específico, com força e energia para provocar as transformações.

Gonçalves (2009) contextualiza a ação do grupo, referindo que tinham “mais coragem que juízo”:

Na época, a gente dizia: não era possível ir para casa tranquilo quando nós deixávamos mais de 400 pacientes hospitalizados sobre nossa responsabilidade direta, pois éramos poucos médicos para muitos pacientes internados naquelas condições dramáticas, habitando áreas, que eu não sei se posso falar, mas eram verdadeiras pocilgas. Só louco poderia ir para casa sem ficar pensando naqueles pacientes (GONÇALVES, 2009).

Os depoimentos acima desvelam nitidamente a realidade da situação do HCS em 1971; no entanto, de todos os discursos analisados, o que mais chama a atenção e detalha a situação encontrada com uma gama de particularidades sobre o cenário, condições materiais, formação e contratação de pessoal, condições de atendimento e práticas exercidas por todos os agentes de enfermagem e outros profissionais, foi o realizado por Paula (2009), provavelmente por ser enfermeiro e um grande conhecedor da realidade institucional.

Paula (2009) referiu que descreveu suas reminiscências

sobre sua passagem pelo HCS, em um manuscrito que pretende transformar em livro com o título “O canto do cisne”⁶¹. Nesse documento, entre outras valiosas informações, ele retrata a viagem até a instituição quando foi lá pela primeira vez:



Fui conhecer a Colônia Santana que, semelhantemente as demais dezessete instituições estatais do gênero, em todo o país, foi construída na zona rural. A estrada que conduzia ao hospital era de chão e entrecortando, havia uma pequena planície onde foi construído o aeroclube. Alguns quilômetros adiante, passando por um vilarejo, iniciava a subida de um morro entremeado de curvas, passando pelas ruínas de uma velha usina hidroelétrica. Na decida do morro da usina, após uma última curva, via-se uma escola estadual e margeando o rio, do outro lado entre dois morros, destacava-se um casarão antigo. Mais à frente e à direita, algumas casas e do outro lado a visão encoberta por um extenso muro que termina em um portão de entrada da “Colônia”, quase de frente para uma igreja (PAULA, s/d).

Figura 12: Foto do HCS (década de 1970).
Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

⁶¹ Este título foi escolhido em função de uma lenda: conta a tradição, que algumas pessoas gravemente enfermas e prestes a morrer, às vezes, apresentam uma melhora súbita. Este fenômeno é conhecido nos hospitais como o “canto do cisne” porque, segundo a lenda, o cisne canta somente uma vez na vida: na véspera de sua morte. Diferente da crença popular, na qual o canto do cisne é um sinal desesperado de agonia ante a morte, este é um grito abafado, amordaçado e o emudecido cantar de uma vida (PAULA, 2009).



Figura 13: Vista parcial do Morro da Usina e da antiga estrada que até o início da década de 1980, era a única que conduzia ao HCS.⁶²

O psiquiatra italiano Franco Basaglia, um dos principais combatentes da luta contra a existência dos hospitais psiquiátricos, costumava dizer que a “primeira coisa que se encontra quando se entra num asilo não é a doença ou a loucura, mas a miséria”⁶³. Paula (2009) descreveu o cenário do HCS, que muito se assemelhava ao descrito por Basaglia no texto de apresentação que escreveu para o livro de Faugeras (2007), no qual refere que os asilos psiquiátricos “nada têm em comum com um hospital que se destina a tratar, curar, reabilitar”. Para o autor, paralelamente ao asilo, há uma outra instituição que tem uma função de integração similar: a prisão. Esta tem por finalidade a recuperação do detento, enquanto que o hospital psiquiátrico tem por finalidade o tratamento do doente mental. Para Basaglia a prisão e o asilo têm por objetivo a reabilitação de seus “hóspedes”, porém, ambos têm se prestado para conter o desvio dos pobres e marginalizar os que já são excluídos da

⁶² Esse registro foi realizado por mim em junho de 2010 e foi possível observar que a localidade não sofreu transformação no decorrer dos anos (NOTA DA AUTORA).

⁶³ Texto de apresentação do livro de Patrick Faugeras que fala de cartas enviadas pelos doentes mentais de Volterra. (FAUGERAS, 2007).

sociedade. Considerou que nesse contexto é indiferente se o doente mental for “tratado” em uma prisão e o detento “reabilitado” num hospital psiquiátrico, porque ambos “são intercambiáveis”.

A semelhança do aspecto da prisão com o HCS ficou bastante evidente quando Paula (2009) fez sua descrição em seu manuscrito. Se fosse realizada uma leitura do conteúdo de sua fala em um contexto individual, fora deste trabalho, certamente o leitor não consideraria se tratar de um hospital, e provavelmente identificaria como uma prisão:



Na visita, passamos pelos pavilhões e pátios incluindo a área das sombrinhas e celas. [...] Lembro que as péssimas condições de higiene e saneamento daquele ambiente não escaparam à minha crítica. Era impressionante o número de ratos que saíam e entravam em suas tocas enquanto passávamos pelos reduzidos pátios existentes entre os pavilhões superlotados (PAULA, s/d).

Figura 14: Pátio do HCS com a sombrinha masculina ao fundo (Década de 1970).

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Talvez por ocasião da entrevista, percebi que apesar da descrição referida acima ser chocante, parece que o entrevistado teve certo cuidado no uso das palavras. Acredito que isso acontece quando se faz uma descrição por escrito, na qual se toma alguns cuidados com a grafia pela preocupação na forma de compreensão e utilização pelos possíveis leitores. No entanto, na entrevista, ao fazer a descrição verbal sobre sua primeira visita no HCS, ele o fez mais enfaticamente:

A primeira visita, aquela de janeiro antes de ir para o estágio em Ribeirão Preto, foi uma coisa horrível. Comecei a conhecer a Colônia levado pelo administrador, que foi me dando as explicações mais absurdas. Era o H. F. e uma das primeiras coisas que ele me mostrou foi um pedaço de pau que ele tinha guardado ao lado da mesa dele na sala da administração e que, segundo ele, às vezes ele precisava usar. Foi terrível: aquela visão

dele me mostrando o pedaço de madeira, falando da loucura como um analfabeto, na verdade. Aí eu vendo aquelas coisas, eu me perguntava: o que fazer? A vontade que eu tinha era ir embora dali. Eu nunca me acostumei com a Colônia, nunca me acostumei com o cheiro e com o visual da Colônia, eu nunca aceitei. Eu me sentia muito bem com os doentes, com os psiquiatras, mas com a ideologia da psiquiatria eu me sentia muito mal. Eu nunca aceitei aquela barbaridade. Até hoje eu nunca aceitei. Eu era um estranho ali dentro! (PAULA, 2009).

Penso que os profissionais de enfermagem são as pessoas que mais conhecem o hospital, os demais funcionários e os pacientes, pois são eles que permanecem por mais tempo na instituição e transitam em todos os setores, de forma concreta com sua figura física, ou de forma abstrata com a repercussão desencadeada pelo cuidado que prestam aos pacientes. Acredito que o saber e o fazer da enfermagem se difunde por todos os espaços institucionais, mobilizando e articulando as demandas dos sujeitos cuidados, pois ininterruptamente são os agentes de enfermagem, de forma individual e coletiva, que identificam grande parte das necessidades do paciente. Dessa forma, os profissionais de enfermagem têm o poder de ramificar os pleitos dos pacientes, os quais demandam ações que são gerenciadas pelo enfermeiro, pois é dele este poder específico e inalienável.

Reforço esta crença destacando abaixo, algumas falas de Paula (2009), que na minha concepção, por ser enfermeiro, conseguiu condensar diversas particularidades relativas àquela realidade, as quais fornecem ampla visualização e compreensão das condições e do cenário existente:

1) Relativas à quantidade de pacientes, trabalhadores e as condições organizacionais da enfermagem:

Tinha 2.156 pessoas internadas e 1.400 camas contando os beliches. Eram 90 funcionários e 756 pacientes nos leitos chão. Não tinha nada organizado, não tinha posto de enfermagem, havia somente uma sala,

que era chamada de sala de medicação. Havia um tanque onde as mulheres entravam para tomar banho. O banho era de mangueira primeiro para tirar o grosso da sujeira. Tinha umas banheiras, lá no quinto, que as mulheres tomavam banho com água fria da torneira [...]; Havia uma enfermaria que era chamada de geladeira, porque era muito fria e úmida. Lá tinha vários cubículos onde eram colocados os pacientes mais graves. Um dia eu cheguei lá e encontrei uma mulher agonizante com uma vela acesa na mão, e um monte de moscas em volta. Então, eu perguntei para a freira: o que é isso irmã? Aí ela disse: aqui é o quarto das moribundas, quando as doentes estão muito mal a gente coloca aqui para não morrerem nas enfermarias.

2) Relativas aos critérios para admissão dos agentes de enfermagem:

O indivíduo para entrar na Colônia, não precisava saber escrever, não precisava saber ler, ter educação ou cortesia. Tinha que ter coragem de enfrentar e precisava ter força física. Eles fizeram algumas barbaridades na época, mas era a prática. Quando nós chegamos lá, nós vimos que havia maus-tratos.

3) Relativas as condições materiais:

As condições materiais no início eram muito precárias, não tinha colchões, não tinha cobertor, não tinha nada, não tinha colher para os doentes comerem, no máximo, tinha prato de plástico azul, rosa, e as pessoas comiam na pior condição e a comida era toda misturada. [...]; E o hospital era assim, quanto mais na frente menos crítico. À medida que ia adentrado pela Colônia, era mais pesado. A segunda enfermaria feminina sempre foi muito ruim e era a mais comprida, tinha muitos idosos, muitos acamados. A segunda enfermaria masculina era muito

pesada também. Era onde ficavam os esquizofrênicos virgens de tratamento de qualquer antipsicótico, qualquer psicofármaco. O primeiro setor tinha camas, o segundo tinha beliche e o terceiro todos dormiam no chão, e o chão era chão mesmo

4) Relativas ao tratamento utilizado e condições físicas dos pacientes:

Tinha uma enfermaria que eles chamavam de “enfermaria dos durinhos” por causa da impregnação decorrente das drogas utilizadas, que era o majepatil⁶⁴, usada na época experimentalmente pelo professor Santaella. [...]; Era também feito muito eletrochoque. Havia dois funcionários que eram os encarregados de fazer o choque. Era uma seção horrível. Colocavam o colchão no chão e aí, quatro pacientes seguravam um outro para que eles aplicassem o choque, e depois seriam os outros que seguraram que iriam sofrer a mesma prática. Isso era terrível. [...]; Tinha também a insulino-terapia que era outra coisa horrorosa: havia um funcionário que chegava de manhã e preparava uma bandeja com insulina e glicose hipertônica. Aí ele amarrava os pacientes nas camas, um por um, e aplicava a insulina. À medida que o paciente ia entrando em coma, ele voltava, punçava uma veia e o tirava do coma [...]; Havia as celas, que era outro tratamento, que era um negócio também muito sério. [...]; Havia celas individuais para pacientes violentos e celas coletivas para os mais calmos. Colocavam dez, doze pacientes lá dentro. O quinto pavilhão era dividido em quinto cela e o quinto estação. Neste, os funcionários colocavam os pacientes que internavam até serem vistos pelo médico (PAULA, 2009).

⁶⁴ Majepatil (Thiopropazine) é um neuroléptico potente com propriedades antipsicóticas tem atividade cataléptica, sedativa leve com efeitos hipotérmicos e espasmolítico. Indicada para todos os tipos de esquizofrenia (TOWNSEND, 2002).

Com base nesse cenário geral, e em levantamentos realizados por Gonçalves (2009), Paula (2009), Vianna Filho (2009), nos quais quantificaram a população internada, traçaram o perfil dos funcionários, realizaram levantamento de dados relativos à estrutura física, recursos humanos, materiais, e constataram a evidente carência de qualificação profissional do hospital, e não só na enfermagem, o grupo diretivo recém-formado lançou-se ao desafio que se constituiu em buscar transformar aquela realidade.



Figura 15: Aspecto dos leitos de uma enfermaria (Década de 1970).
Fonte: IPq-SC/HCS



Figura 16: Beliches (Década de 1970).
Fonte: IPq-SC/HCS.



Figura 17: Aspecto de uma enfermaria feminina com as pacientes em "leitos-chão" (Década de 1970)
Fonte: IPq-SC/HCS.

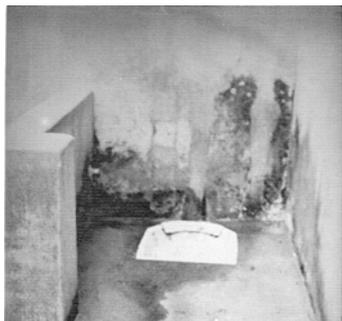


Figura 18: Banheiro da cela (Década de 1970)
Fonte: IPq-SC/HCS.



Figura 19: Sombrinha Feminina
década de 1970
Fonte: Acervo do Arquivo do
HCS/IPq-SC



Figura 20: Criança no pátio
década de 1970
Fonte: Acervo do Arquivo do
HCS/IPq-SC

5.3 O PROCESSO DE RUPTURA COM ENFERMAGEM PRÉ-PROFISSIONAL NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: O INGRESSO DOS ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS

Até 1971, também como já evidenciado anteriormente, a enfermagem, em especial, era constituída somente por pessoas sem qualquer formação técnica específica. A partir daí, iniciou-se um processo de intensa transformação com o ingresso do enfermeiro Wilson Kraemer de Paula na instituição.

Mas por que o enfermeiro Wilson Kraemer de Paula foi convidado para fazer parte do grupo escolhido pelo governador e pelo secretário de Saúde em 1971, e se tornou o profissional que propiciou uma ruptura com a enfermagem sem conhecimento formal (leiga), e o conseqüente, o início da enfermagem profissional?

Ao investigar esta questão, relembro aqui a tônica afirmada por Paula (2009): “nada acontece por acaso”, pois foi como enfermeiro de um hospital geral, que conheceu as pessoas que o encaminhariam para o hospital psiquiátrico. Paula (2009) conheceu o Dr. Prisco Paraíso quando ainda trabalhava no HGCR, antes de ir para a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, a fim de se preparar técnica e pedagogicamente para lecionar a disciplina de

Enfermagem Psiquiátrica no Departamento de Enfermagem na UFSC. Antes de viajar, comentou este fato com Dr. Prisco Paraíso, conforme relato a seguir:

O governador Colombo Machado Salles, antes de assumir o governo de Santa Catarina, teve um problema de saúde e foi internado no Hospital Celso Ramos. O Prisco Paraíso era o cirurgião dele e estava indicado para assumir como secretário de Saúde. Eu era o enfermeiro da unidade onde Colombo Salles estava internado. Quando comentei com Prisco Paraíso que iria para Ribeirão Preto, ele falou: Wilson, já que você vai para Ribeirão Preto, quem sabe você conversa com o pessoal de lá e vê como são as coisas. Porque eu tenho vontade de mexer na Colônia quando assumir a Secretaria. Eu gostaria de saber o que é que eu posso fazer, quero umas ideias de como é a saúde mental lá. Sonda por lá o que o pessoal está fazendo e me escreve. E foi o que eu fiz. Eu conversava com o pessoal em Ribeirão Preto, observava o que acontecia e escrevia para o Prisco Paraíso informando o que eu via e ouvia. Assim ele estava sempre informado do que acontecia lá⁶⁵. Quando eu retornei de Ribeirão, fui convidado por ele através de Júlio Gonçalves para fazer parte da Direção da Colônia (PAULA, 2009).

No dia 5 de agosto de 1971, Wilson Kraemer de Paula, juntamente com Abelardo Vianna Filho e Júlio César Gonçalves, liderados por Henrique Manoel Prisco Paraíso, formaram a equipe que deu início às transformações no HCS e na assistência em saúde mental no estado de Santa Catarina (GONÇALVES, 2009; PARAÍSO, 2009; PAULA, 2009; VIANNA FILHO, 2009).

No entanto, Paula (2009) não foi admitido como enfer-

⁶⁵ Na entrevista com o ex-Secretário de Saúde Henrique Manoel Prisco Paraíso, confirmou que recebia cartas do enfermeiro Wilson, nas quais ele informava como se desenvolvia a assistência em saúde mental no Estado de São Paulo, mais especificamente em Ribeirão Preto (NOTA DA AUTORA).

meiro, mas como assessor da direção, fato que por si só já configura uma transformação nas relações hierárquicas de trabalho e na composição do cume da pirâmide institucional, que tradicionalmente só vinha sendo formada por médicos.

Foi nesse contexto que ingressou o primeiro enfermeiro da história da enfermagem do HCS. Esse profissional pela sua formação, teve um olhar e uma prática voltada principalmente para o cuidado de enfermagem aos pacientes e para aqueles que os exerciam. A enfermagem desenvolvida no HCS era exclusivamente no modelo biomédico vigente, o que resumia seu fazer em apenas alimentar, medicar, higienizar e controlar além de participar da aplicação de diversos tratamentos desumanos.

Conforme abordam Costa (2002) e Rocha (1994), os agentes de enfermagem tiveram um importante papel na contenção da loucura, segurando o paciente com ataduras e camisas de força e encerrando-os em celas. Comentam ainda, o a falta ou escassez de informação para atuar na enfermagem psiquiátrica, e a forma como essas pessoas chegavam às instituições para trabalhar. Assim como nos relatos de Rocha (1994), os agentes de enfermagem do HCS, até 1971, também foram introduzidos no cotidiano da assistência, aprendendo a lidar com o desconhecido e com o imprevisto. Espelhavam-se no fazer dos outros e repetiam sem questionar o fazer da enfermagem, que normalmente tem sido condicionado pelas crenças que se têm acerca da doença mental, fundamentados no paradigma predominantemente manicomial.

O enfermeiro Wilson Kraemer de Paula iniciou um trabalho no HCS, instituído por um poder delegado pelo Estado, na condição de assessor, mas também como enfermeiro, autorizado por um saber específico, marcando presença forte na instituição, estabelecendo estratégias, administrando, coordenando (governando).

Foucault (2007) distingue nitidamente o “saber” do “conhecimento”. Enquanto o conhecimento corresponde à constituição de discursos sobre classe de objetos julgados e capazes de serem aprendidos, o saber assinala o processo pelo qual o sujeito do conhecimento, sofre uma transformação durante o trabalho que ele efetua na atividade de conhecer. A transformação dos procedimentos de saber acompanha as grandes mutações da sociedade, e assim o autor identifica diferentes formas de “saber-poder” levadas a trabalhar sobre as

formas de medida, inquirição e exame. Este último, o exame, consagra o nascimento da governamentalidade e do controle social, que implica em um poder essencialmente administrativo, que impôs ao saber a forma do conhecimento. As formas de saber dão lugar à relação do conhecimento histórico determinado, que se fundou sobre o objeto e sobre o sujeito do conhecimento.

A primeira medida tomada pelo novo grupo diretivo foi realizar uma contagem de todos os pacientes internados, uma vez que não havia estatística e ninguém sabia ao certo, quantos pacientes estavam internados na instituição. Para tanto, segundo Paula (2009),

no dia 5 de agosto de 1971, frente às portas das enfermarias, um a um, os internos foram apontados, identificados e quantificados e Ao término da contagem, foram relacionadas 2.156 pacientes que deveriam ocupar os 1.400 leitos disponíveis, incluindo os beliches e identificado a grande maioria dos pacientes, e alguns foram registrados como não identificados (PAULA, 2009).

Essa primeira contagem de pacientes realizada por Paula (2009) foi corroborada pelos entrevistados e alguns autores consultados, como por exemplo, Santos (1994). Este registrou que havia 2.300 pacientes, enquanto que Gonçalves (2009) referiu serem 2.165 pacientes.

Esta contagem, registrando 2.156 pacientes internados, encontra-se publicada no Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Santa Catarina, documento editado oficialmente pela Secretaria do Estado de Santa Catarina/Imprensa Oficial do Estado. De acordo com a referência, o “Enfermeiro Wilson Kraemer de Paula recenseou 2.156 pacientes internados na Colônia Santana em 1971, e metade dos internos receberam alta nesta época” (SERRANO, 1998, p. 13).

Sobre essa divergência no número existente de internos no HCS, Paula (2009) referiu que de fato, na época, houve certa dúvida acerca da quantidade de pacientes, no entanto, assinalou:

Eu e o Julio estávamos na contagem, porque nós queríamos saber quantos pacientes havia. Então botamos todos no pátio, não

deixamos ninguém entrar nas enfermarias, todos os pacientes ficaram do lado de fora, e os funcionários ficaram na porta contando cada paciente que entrava. No final da contagem, nós fizemos um censo. Eu tenho na minha memória que foram 2.156 pacientes [...]. O Julio falou em 2.165, mas ele inverteu a contagem, eu tenho certeza que era 2.156, eu tenho certeza absoluta [...]. Quem coordenou a contagem fui eu. Mas, a controvérsia seria de nove (PAULA, 2009).

Os doentes, totalizando esse número astronômico, eram cuidados por aproximadamente 90 pessoas, excluindo os cinco médicos psiquiatras, um cirurgião, dois clínicos gerais, um pneumologista, um ginecologista e os acadêmicos de medicina que já prestavam serviços na instituição. Entre os trabalhadores que prestavam cuidados diretos aos pacientes, havia os “enfermeiros”, vigilantes, os guardas e as freiras. De acordo com Paula (2009), os três primeiros não possuíam nenhum grau de escolaridade, enquanto que as religiosas que trabalhavam na assistência, sabiam ler e escrever, porém não soube precisar, qual nível de formação escolar possuía, ou se tinham alguma formação específica na área de enfermagem. Acrescentou que as religiosas, apesar de se diferenciarem culturalmente dos demais funcionários, possuíam um incipiente saber na área de psiquiatria, adquirido na prática hospitalar, e aperfeiçoado desde a época do trabalho desenvolvido em Azambuja (Brusque-SC).

Segundo Piai (2010), as irmãs da Congregação da Divina Providência residiam em uma casa construída especialmente para elas, nos limites do HCS, quando este foi inaugurado.

Eram inicialmente, em número de vinte e três freiras, porém nem todas prestavam serviço na instituição, pois algumas eram responsáveis pelos serviços da própria casa, na comunidade e Congregação. As primeiras irmãs que vieram para desenvolver os trabalhos na instituição em 1941 foram: a Irmã Flávia Rütther, que era a Madre Superiora, e as irmãs auxiliares Roseana Meurer, Evandina Besen, Telésfora Richther, Fernandina Schliikmann, Lorena, Atomara,

Silvina, Ecilda e Onélia (PIAI, 2010).



Figura 21: Padre José Aldecir Piai

O entrevistado não conseguiu recordar o nome completo de todas as irmãs e referiu que esse não correspondia ao nome de registro de nascimento, pois, ao se tornarem freiras, elas passavam a usar um pseudônimo religioso. Com o passar do tempo, o número de irmãs que moravam na instituição foi diminuindo, pois de acordo com Piai (2010), “à medida que as enfermeiras foram chegando, as irmãs foram saindo” (PIAI, 2010).

A irmã Fernandina saiu da casa em que residia no HCS, em 1972, e depois, várias delas foram se afastando progressivamente. As outras permaneceram até 1992: a irmã Lorena que trabalhava somente em casa, as irmãs Evandina, Telésfora, Atomara e Silvina que trabalhavam na enfermagem, a irmã Ecilda que trabalhava na cozinha e a irmã Onélia que trabalhava no refeitório dos pacientes (PIAI, 2010).



Figura 22: Últimas irmãs que permaneceram no HCS (Década de 1980)
Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Essas religiosas remanescentes foram solicitadas para deixarem a instituição, pela direção do HCS em 1992, para que a casa fosse ocupada por pacientes, em um projeto denominado Unidade de Gestão Participativa (UGP). O entrevistado lastimou a forma como as irmãs saíram da instituição, caracterizando o evento como “uma verdadeira desconsideração com o trabalho que elas desenvolveram” (PIAI, 2010).

Para a enfermagem no HCS, que era predominantemente formada por pessoas sem qualificação profissional, tendo suas atividades orientadas pelas religiosas e médicos, a entrada do enfermeiro significou o início de um processo de profissionalização e, conseqüentemente, as transformações de práticas assentadas, até então, somente nesse modelo. Como até 1971 a única profissão de nível superior existente no HCS, diretamente ligada à assistência, era a medicina, o saber poder médico circulava soberano, único, absoluto e sem contestação. Essa realidade reproduzia o modelo disciplinar e medicalizado de intervenção sobre o cliente, historicamente assentado na figura do médico, que de acordo com Foucault (2007a), se manifestava de forma estática, rígida e pouco flexível, a ponto de os doentes acreditarem que seu corpo não lhe pertencia, e que somente o saber poder médico poderia lhes restituir a saúde.

De acordo com Gonçalves (2009), a enfermagem orientada pelo Wilson, e posteriormente pelos outros sete enfermeiros que passaram a integrar o quadro do HCS, de 1971 a 1975, iniciou um trabalho muito árduo, pois além de se defrontarem com as condições físicas precárias da instituição, tinham que aprender a

lidar com os funcionários que lá estavam.

Os enfermeiros encontraram um pessoal que absolutamente não foi trabalhar na Santana para fazer saúde; eles foram para ter um emprego, apesar de que nós identificávamos no meio deles pessoas que tinham vocação inata para cuidar dos outros (GONÇALVES, 2009).

Santos, S. (2009) definiu a entrada do enfermeiro no HCS, como um marco de valorização do doente mental, referindo:

a entrada do Wilson veio acabar com aquela separação que dizia que paciente é paciente e funcionário é funcionário. Ele promoveu a quebra do muro da sombrinha e a quebra do muro da cela. Ele dizia que os pacientes não eram diferentes de nós (SANTOS, S., 2009).

Santos, S. (2009) não teve dúvidas ao referir que, de fato, o enfermeiro Wilson foi o “primeiro que veio fazer o papel de enfermeiro de verdade, mas só que ele fazia parte da direção e também dava aula para os alunos da universidade”.

No entanto, Koerich (2008, p.77) ao entrevistar alguns funcionários aposentados do HCS e que trabalharam na enfermagem no ano de 1971, estranhou que em seus depoimentos estes não faziam referência ao enfermeiro Wilson. A autora assinalou que os entrevistados verbalizaram o nome de outros enfermeiros e somente um de seus entrevistados referiu lembrar-se que “o professor Wilson de fato, trabalhou na instituição”, mas não referiu que ele trabalhava na enfermagem.

Essa observação da pesquisadora pode ser explicada na forma como Santos, S. (2009) definiu a entrada do enfermeiro Wilson na instituição, que apesar de terem conhecimento de que se tratava de um enfermeiro, não o viam como tal, pois ele fazia parte da direção, o que não era comum para um enfermeiro na época, além do fato de que era conhecido como professor.

Explorei a observação acima ao entrevistar o enfermeiro Wilson, o qual relatou:

Naquela época, eu era assessor da direção e

professor da UFSC. Só fui contratado como funcionário de 1975 a 1977. Eu entrei na Colônia, em 1971 e permaneci como assessor até 1974. Eu atuava mais junto aos enfermeiros, fazendo supervisão e trabalho de orientação. Eu fui professor da maioria deles e continuava ligado a eles, e eu era porta-voz deles junto à direção. Eu levava para a direção seus encaminhamentos e suas ideias. Eu fazia o trabalho de intervenção, muita intervenção, eu ficava dentro do hospital circulando, conversando com os pacientes, encaminhando coisas. Eu não era chefe de nenhum deles, só fui ser chefe de enfermagem quando voltei em 1975, como funcionário concursado (PAULA, 2009).

Como Paula (2009) era também professor de enfermagem psiquiátrica da UFSC, tratou de estreitar os laços da universidade com a instituição, passando a utilizar o HCS como campo de estágio para os alunos de enfermagem, logo no segundo semestre de 1971. Essa estratégia possibilitou uma imediata aproximação dos alunos da primeira turma de enfermagem da Universidade com a psiquiatria, e trouxe a aluna Sonir Corrêa⁶⁶ para realizar o estágio da disciplina de Administração da sétima fase.

A falta de suporte mínimo para o atendimento clínico dos pacientes no HCS determinou que Paula (2009) providenciasse a contratação urgente de uma enfermeira para organizar esse atendimento. Havia dificuldade de encontrar enfermeiros em Santa Catarina, pois a UFSC só formou a primeira turma em 1970, da qual logo após a formatura, foram todos contratados para atuar principalmente nos hospitais de Florianópolis. Nesse contexto, não havia enfermeiros disponíveis para contratação imediata. No primeiro semestre de 1971, a enfermeira Zita Rôvere⁶⁷ que já trabalhava no IPSJ foi contratada, tornando-se a

⁶⁶ Sonir Corrêa após seu casamento passou a assinar o nome Sonir Malara (NOTA DA AUTORA).

⁶⁷ A enfermeira Zita Rôvere, era ex-freira, trabalhava no Instituto Psiquiátrico São José, e possuía experiência em clínica médica. Foi contratada em 1971 para dar

segunda enfermeira a ingressar no HCS, no entanto, permaneceu pouco tempo.

Para profissionalizar o atendimento no HCS e na enfermagem de modo especial, Paula (2009) realizou, juntamente com Gonçalves (2009), uma projeção da necessidade de pessoal para dar início aos trabalhos de transformação na instituição. No entanto, ao fazer tal projeção recebeu críticas no meio acadêmico, conforme explica abaixo:

Houve um problema na época, porque quando eu ajudei a fazer a projeção da contratação de pessoal, eu sugeri a contratação de 12 assistentes sociais e oito enfermeiros. Houve gente da universidade que não gostou porque eu estaria desprestigiando os enfermeiros. Eu previ a contratação de 12 assistentes sociais porque nós queríamos que os pacientes saíssem do hospital e para isso era importante um trabalho social: primeiro veio a Graça e a Marta,⁶⁸ que foram contratadas ainda em 1971 [...]. Eu tinha uma visão que hoje, está aí, que chegou perto de onde eu achei que deveria ter chegado há 20 ou 30 anos atrás, que era a de acabar com o hospital (PAULA, 2009).

Nesse depoimento, o entrevistado faz referência ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciada pela Reforma Psiquiátrica Italiana promovida por Franco Basaglia. Os princípios da reforma italiana, a partir da década de 1980 do século XX, começaram a produzir algumas transformações no cenário de saúde mental; no entanto, de forma muito mais lenta do que aconteceu na Itália, pois somente em 2001, foi que o Brasil reconheceu legalmente os direitos dos doentes mentais, reformulando toda a assistência psiquiátrica no país. Atualmente, os hospitais ainda ficam com a maior fatia do orçamento da

início à organização dos cuidados clínicos aos pacientes, porém, permaneceu pouco tempo na instituição, provavelmente, até o primeiro semestre de 1972 (PAULA, 2009).

⁶⁸ Maria da Graça Machado e Marta Phlipi May foram as primeiras Assistentes Sociais contratadas para o HCS e deram início à organização desse serviço na instituição (PAULA, 2009).

saúde mental. Em 2002, segundo o Ministério da Saúde, grande parte dos R\$ 518 milhões destinados à área foi gasta no pagamento de internações em hospitais públicos e privados, e apenas R\$ 51 milhões foram para tratamento extra-hospitalar. Em 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passaram a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental. A grande esperança da extinção dos hospitais psiquiátricos não era somente para economizar dinheiro, mas também oferecer melhores tratamentos na comunidade. Contudo, os leitos psiquiátricos que foram desativados no país, não foram substituídos na mesma proporção pela oferta de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

Com a formatura da primeira turma de enfermagem da UFSC, a enfermeira Sonir Malara, que já desenvolvía atividades no HCS como estagiária, sob a supervisão de Wilson Kraemer de Paula, foi a terceira enfermeira contratada, e iniciou suas atividades profissionais em janeiro de 1972. Sobre esse período, Malara (2009) contextualizou:

Era o “bum” da nova psiquiatria que começava apontar para novos caminhos. A Colônia Santana começou a sair das mãos do Estado, das mãos das freiras e dos guardas, para as mãos de quem tinha conhecimento. Havia dois ou três médicos para dois mil e poucos pacientes, era um horror, um inferno, não se admite uma coisa assim. O Prisco Paraíso foi quem chamou o pessoal da universidade. A Fundação entregou a Colônia Santana para quem tinha o saber, e a UFSC foi pra lá. Com a universidade, a enfermagem tinha que acontecer e aconteceu com o Wilson que era professor de psiquiatria, e tinha especialização em enfermagem psiquiátrica em Ribeirão Preto. Lá tinha uma orientação toda moderna, nada de eletrochoque, e abaixo todas essas barbáries, que faziam em nome da medicina (MALARA, 2009).



Figura 23: Enfermeira Sonir Malara.

A partir de janeiro de 1972, à medida que os profissionais foram sendo admitidos na instituição, o quadro de trabalhadores começou a se modificar. Até a primeira metade da década de 1970, de acordo com Paula (2009), o serviço de enfermagem estava composto pelos seguintes enfermeiros: A enfermeira Zita, que eu já havia colocado na clínica, a Sonir na psiquiatria, e depois entraram os outros enfermeiros. Veio a Bete Melo e a Bete Silva⁶⁹, todas formadas na UFSC. Elas entraram juntas, em 1972. Depois veio o Josel, que veio de Santa Maria, depois veio o Cláudio Mairan⁷⁰ e a Verita Conceição Elias, também do Rio Grande do Sul (PAULA, 2009).

Como já contextualizado, em Santa Catarina havia carência de enfermeiros, uma vez que a UFSC só formou os primeiros no final de 1971⁷¹, o que justificava a contratação de enfermeiros vindos do Rio Grande do Sul e de outros estados para trabalhar nos hospitais catarinenses (PAULA, 2009).

A maioria dos enfermeiros, assim como outros profissionais entrevistados nesta pesquisa, se esmerou em retratar como foram introduzidos no cenário da psiquiatria e do HCS. Alguns relataram que o trabalho em psiquiatria não se constituiu na primeira opção profissional, e que foram levados pelos acontecimentos, como se o destino tivesse lhes reservado a possibilidade de passar por essa experiência profissional e de vida.

Dos sete primeiros enfermeiros admitidos no HCS, até a primeira metade da década de 1970, havia três catarinenses, três gaúchos, além de uma enfermeira da qual não obtive informação de sua procedência. Uma das enfermeiras catarinenses admitida no HCS, também formada na primeira turma de enfermagem da UFSC, foi Elisabete da Silva Melo, que durante o estágio de enfermagem psiquiátrica se identificou com a instituição.

Eu fui conhecer a Colônia antes de me formar, durante o curso, eu fiquei algum tempo lá e comecei a gostar. Eu nunca tive medo de paciente psiquiátrico, pelo contrário.

⁶⁹ Não foi possível localizar a enfermeira Elisabete Silva para entrevista (NOTA DA AUTORA).

⁷⁰ Cláudio Mairan Brazil reside atualmente em Pelotas (RS) e, embora tenha estabelecido contato telefônico não foi possível entrevistá-lo (NOTA DA AUTORA).

⁷¹ Esta era uma turma composta por 14 alunos (BORENSTEIN et al., 1999).



Eu fiz um planejamento para o serviço de enfermagem e o Dr. Júlio gostou muito. Quando faltavam alguns meses para eu me formar, o Júlio me convidou para ser chefe do serviço de enfermagem, porque nas outras unidades da Fundação já existia este cargo e lá na Colônia não. Eu entrei em 1972, e logo comecei a colocar em prática o que havia aprendido na faculdade (MELO, 2009).

Figura 24: Enfermeira Elisabete da Silva Melo.

A partir da entrada das duas enfermeiras anteriormente citadas, que eram catarinenses e formadas na UFSC, os três enfermeiros que ingressaram posteriormente, vieram do Rio Grande do Sul. Em dezembro de 1971, o enfermeiro Josel Machado Corrêa, por iniciativa pessoal, saiu do Rio Grande do Sul, para trabalhar em Santa Catarina.

Corrêa (2009) enfatizou ter feito a opção pela psiquiatria como área de trabalho desde a faculdade; no entanto, aceitou o convite do secretário de Saúde, Dr. Prisco Paraíso, para trabalhar no HGCR, pois tinha conhecimento da existência de outros enfermeiros vindos de Santa Maria (RS), que lá estavam trabalhando. O entrevistado declarou que no mesmo dia em que assinou o contrato de trabalho deu início às suas atividades na enfermagem, e procurou seus colegas conterrâneos, questionando sobre a existência de um hospital psiquiátrico na região, obtendo como resposta: “Tem a Colônia, mas é longe, não sei não, acho que é uma porcaria”. Mesmo tendo obtido essa resposta, manteve o interesse pela psiquiatria, pois além de gostar dessa área ficou sabendo do trabalho que vinha sendo desenvolvido pelo enfermeiro Wilson Kraemer de Paula. Imediatamente o procurou, manifestando seu interesse em trabalhar no HCS. Referiu:

Eu falei com o Wilson na mesma hora e combinei com ele para ir para a Colônia no outro dia. Quando eu entrei lá na Colônia, parecia que eu estava em outro mundo. A primeira pessoa que me chamou para conversar foi o Júlio César Gonçalves, o



diretor. O Júlio disse: nós temos muito interesse em pessoas jovens para trabalhar. Entrarão mais enfermeiros, médicos, queremos que o senhor venha para cá, não há necessidade de voltar para o Hospital dos Servidores, podemos fazer sua transferência daqui mesmo para você ingressar aqui no hospital (CORRÊA, 2009).

Figura 25: Enfermeiro Josel Machado Corrêa.

A forma como seus colegas enfermeiros se referiram ao HCS (“porcaria”) evidencia bem o estigma que o trabalho em psiquiatria representava para os profissionais de saúde. Talvez essa aversão ao trabalho na área justifique a entrada tardia de enfermeiros na instituição, bem como a concessão de algumas “vantagens” para quem aceitasse desenvolver esse tipo de trabalho. Essa realidade aconteceu em vários hospitais psiquiátricos, nos quais os trabalhadores ganhavam inclusive moradia para se instalar próximo à instituição (CORRÊA, 2009).

Outra enfermeira vinda do Rio Grande do Sul para trabalhar no HCS foi Verita Conceição Elias, cujas palavras abaixo retratam como se deu sua forma de ingresso na instituição.



Quando eu cheguei de Porto Alegre, eu fui direto conhecer a Colônia. O doutor Abelardo era o diretor do hospital e ele me perguntou: mas tu vieste aqui para trabalhar? Tu és enfermeira? Sim, eu sou formada no mesmo local onde o Josel e o Cláudio se formaram também. Então ele disse: vamos fazer um contrato e começar. Eu disse: mas eu não posso, eu só vim conhecer, eu ainda estou trabalhando em dois locais. Não, não! Então a gente faz um contrato, e eu já te dou uma licença, tu vais lá e acerta tudo, depois tu voltas. Ele me levou no mesmo dia na Fundação, fiz o contrato dia 5 de janeiro. Voltei à Porto Alegre, pedi demissão e comecei a trabalhar na Colônia (ELIAS, 2009).

Figura 26: Enfermeira Verita Conceição Elias.

Juntamente com os enfermeiros, foram contratadas também mais duas assistentes sociais, Maria Sirene Cordioli e Jeanet Maria Pinheiro dos Santos,⁷² além de um bioquímico e um agente administrativo. De acordo com as entrevistadas, naquela época o HCS passava por um processo de reformulação, e a FHSC passou a fazer a contratação de vários técnicos, conforme explicaram:

Não havia concurso, a gente foi contratada por indicação, e logo pediram para que nós providenciássemos os documentos. Nós entramos em três assistentes sociais, mas uma não ficou, e estavam contratando mais profissionais para o serviço social, para a enfermagem e psicologia, porque o objetivo era a reformulação do hospital. O Júlio queria montar o serviço, social, que já tinha começado alguma coisa com a Graça e com a Marta, mas da enfermagem, naquela época, não tinha nada estruturado (SANTOS, J. 2009; CORDIOLI, 2009).



Figura 27: Assist. Social Maria Sirene Cordioli.



Figura 28: Assist. Social Jeanet Maria Pinheiro dos Santos.

⁷² A assistente social Jeanet Maria Pinheiro dos Santos, ao saber da realização desta pesquisa e ser convidada para dar seu depoimento, mostrou-se extremamente receptiva. Tanto foi seu interesse, que no dia da realização da entrevista, ela mesma teve a iniciativa de convidar Sirene Cordioli, sua amiga, comadre, ex-colega de faculdade e de trabalho, para dar seu depoimento também. Esse fato proporcionou uma experiência diferente na metodologia de realização das entrevistas, uma vez que as entrevistei no mesmo instante, fazendo uma conversa concomitante, resultando numa experiência positiva (NOTA DA AUTORA).

De acordo com as entrevistadas e também confirmado por Paula (2009), o serviço social do HCS foi oficialmente estruturado com a chegada das duas assistentes sociais em 1971. Nesse sentido, diferentemente da enfermagem, o serviço social já iniciou profissionalizado e se estruturou administrativamente antes da enfermagem.

O serviço de enfermagem do HCS foi oficialmente organizado a partir dos trabalhos iniciados pela enfermeira Elisabete Melo, embora já estivesse sendo profissionalizado com a entrada do enfermeiro Wilson Kraemer de Paula.

Com a entrada de outros profissionais, e mais especificamente de outros enfermeiros no HCS, a partir de 1971, o enfermeiro Wilson deixou de ser o único representante da enfermagem profissional, passando a ter “pares” na profissão, para dividir os problemas e somar soluções, pois juntos passaram a pensar e implementar muitas estratégias e provocar diversas transformações.

Com a chegada de enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem no HCS, as religiosas que atuavam na administração, os “enfermeiros” que “gerenciavam o cuidado e o exerciam” e os guardas que prestavam assistência de enfermagem, foram gradativamente sendo substituídos e ocupando novos fazeres, “dando vez à profissionalização da enfermagem” na instituição (GONÇALVES, 2009).

À medida que o hospital começa a se organizar com cada coisa em seu lugar e um lugar para cada coisa, ou seja, conforme diz o velho ditado, “cada macaco no seu galho”, a regra das localizações funcionais, de acordo com os dispositivos disciplinares, vai fazer com que, pouco a pouco, os espaços que estavam sendo ocupados historicamente por pessoas sem formação profissional, passem a ser mais especializados.

Esse grupo de profissionais, na primeira metade da década de 1970, se manteve perfeitamente integrado com o que foi concebido pelo secretário de Saúde, Dr. Henrique Manoel Prisco Paraíso, no Governo Colombo Salles

Em 1973, Gonçalves (2009) foi substituído pelo psiquiatra Abelardo Vianna Filho na direção do HCS, e em 1975, com a mudança do governo estadual catarinense, o Dr. Júlio Gonçalves retornou à direção do HCS, enquanto o Dr. Abelardo Vianna Filho se afastou definitivamente da instituição (GONÇALVES, 2009).

Anteriormente, quando Gonçalves (2009) se afastou da direção do HCS, em 1973, a enfermeira Elisabete Melo, também se afastou por licença maternidade e, posteriormente, solicitou transferência, sendo substituída na chefia de enfermagem pela enfermeira Elisabete Silva, que também se afastou do HCS. Essa última também foi substituída pelo enfermeiro Cláudio Mairan Brasil.

O enfermeiro Cláudio Mairan ao se afastar para realizar um Curso de Especialização em Saúde Mental, foi substituído pelo enfermeiro Wilson Kraemer de Paula, em 1976⁷³, e este, posteriormente, pela enfermeira Verita Conceição Elias, em 1977 (ELIAS, 2009; GONÇALVES, 2009; MELO, 2009; PAULA, 2009).

Neste “vai e vem” de enfermeiros na chefia do Serviço de Enfermagem e na troca de diretores, confrontavam-se ideologias e interesses e desencadearam-se intensas lutas e conflitos de poder processados externamente entre os gestores na FHSC e diretor e ex-diretor do HCS, e internamente entre os enfermeiros e o grupo diretivo.

Em 1975, aconteceu a eleição do governador Antônio Carlos Konder Reis⁷⁴ para assumir a administração do Estado. Nesse contexto, o Dr. Hélio Ortiz foi indicado para assumir como secretário de Saúde e convidou para assumir a Superintendência da FHSC, o médico Ney Gonzaga (GONÇALVES, 2009).

Quando Gonçalves (2009) assumiu pela segunda vez a direção do HCS, referiu que “de 1971 a 1975 muitas adversidades tiveram que ser superadas na instituição”, e sabia que muito ainda tinha para ser feito. Porém, de acordo com seu depoimento, parece que não foi muito feliz em seu retorno como diretor, pois verbalizou: “eu aprendi porque jogador que volta para o mesmo time não ganha a mesma coisa”.

Utilizando essa metáfora, o ex-diretor considerou que a

⁷³ De acordo com as anotações na carteira profissional do enfermeiro Wilson Kraemer de Paula, ele foi admitido como enfermeiro no HCS em 01 de agosto de 1975, tendo sua saída registrada em 30 de agosto de 1977. Nesse período foi designado para exercer a chefia do Setor de Educação em Serviço (de 16 de setembro a 18 de novembro de 1976). De acordo com a “Ordem de Serviço n. 42/SC/76” foi designado para ocupar a chefia do Serviço de Enfermagem a partir de 19 de novembro de 1976, permanecendo nesse cargo até 24 de maio de 1977 (PAULA, 2009).

⁷⁴ Antônio Carlos Konder Reis foi Governador de Santa Catarina, exercendo seu mandato de 1975 a 1979. Sua administração foi marcada principalmente pela construção de rodovias federais com o apoio do governo federal (ANTÔNIO, 2010).

mudança de governo em Santa Catarina, em 1975, determinou de certa forma, uma ruptura com o que vinha acontecendo no contexto assistencial do HCS, pois de acordo com o entrevistado:

Passado pouco tempo comecei a comparar o que acontecia entre eu, Prisco, e o governador Colombo Salles, que era diferente do que acontecia com este novo secretário. Em questão de seis meses, ele demonstrou que não tinha a mesma visão que a gente, e começou a criar impedimento, não atendia as coisas que solicitávamos. Ainda permaneci até 1977, mas depois eu saí e o Diogo Ney Ribeiro assumiu a direção (GONÇALVES, 2009).

Como resultado dos conflitos decorrentes da situação acima relatada, quando Diogo Ney Ribeiro assumiu a direção do HCS, em janeiro de 1977, o quantitativo de enfermeiros sofreu uma redução drástica. Nessa época, Wilson Kraemer de Paula que já havia sido contratado como enfermeiro através do concurso realizado em 1975, se demitiu em agosto de 1977. Os enfermeiros Cláudio Mairan Brasil e Verita Conceição Elias foram demitido no final de 1977, e as enfermeiras Elisabete da Silva Melo e Elisabete Silva também haviam se afastado da instituição em 1973 (ELIAS, 2009).

A defasagem no quantitativo de enfermeiros foi ainda mais acentuada, em função de que na mesma época, o enfermeiro Josel Machado Corrêa se encontrava oficialmente liberado pela instituição para realizar seu curso de Mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na cidade de Ribeirão Preto.

Nesse contexto, permaneceu no HCS somente a enfermeira Sonir Malara, que assumiu interinamente a chefia do Serviço de Enfermagem por orientação do COREn-SC (MALARA, 2009).

O médico Diogo Ney Ribeiro já trabalhava no HCS como clínico geral, e já havia também sido responsável pela direção técnica da instituição. Ao ingressar no HCS em 1971, juntamente com outro colega clínico geral, dedicaram-se a melhorar as condições clínicas dos internos que, conforme o entrevistado eram extremamente precárias.

Tínhamos que sair pelo hospital para preencher os atestados de óbitos dos pacientes que haviam falecido na noite anterior. Eu e meu colega clínico geral, Aluísio Bonrart, preenchíamos os atestados de óbito com base no que estava escrito no prontuário e nas informações que os atendentes nos davam. Na verdade a gente tinha que deduzir do que o paciente tinha morrido. Eram os atendentes que traziam os pacientes para que nós atendêssemos. Nós só atendíamos nas enfermarias quando o paciente estava no leito e não podia ser movimentado. Às vezes nós íamos atender paciente naquela unidade lá trás que era chamada de “geladeira”, às onze horas da noite, aquilo era terrível, era escura, a expressão correta, era tétrica. Mas sempre que possível, o paciente era trazido até o consultório. Os psiquiatras também, não atendiam nas enfermarias (RIBEIRO, 2009).



Figura 29: Dr. Diogo Ney Ribeiro.

Da mesma forma que o diretor anterior, Ribeiro (2009) procurou organizar uma equipe para estruturar sua gestão, e uma de suas primeiras preocupações, foi providenciar a contratação de novos enfermeiros para o HCS. Assim, foi admitida e posteriormente convidada pelo diretor para assumir a chefia de enfermagem, a enfermeira Miriam Süskind Borenstein que como os demais entrevistados, registrou sua impressão quando chegou ao HCS, referindo:

Eu cheguei em março de 1978, e era um ambiente bastante chocante. Eu vim com o desejo de lutar e a minha vontade de trabalhar era maior do que qualquer coisa. Procurei não me envolver com o que havia acontecido. Eu achei o ambiente profissional muito acessível. Tinha umas quinze enfermarias, mas na época, tinha umas cinco por conta das irmãs, outras cinco que a Sonir assumia e eu ficava com as outras cinco enfermarias. A gente trabalhava bastante lá,

porque era tudo com a gente.



Figura 30: Enfermeira Miriam Süsskind Borenstein

Posteriormente, o enfermeiro Josel Machado Corrêa retornou de Ribeirão Preto, e em março e abril de 1979, foram admitidas as enfermeiras Maria Lenise Mazarakis e Valdete Prêve Pereira. Ainda no primeiro semestre de 1979, foram admitidas mais três enfermeiras, das quais permaneceu somente Eliane Boechat de Jesus⁷⁵. Em 1980 havia, portanto, no HCS, cinco enfermeiras e um enfermeiro.

A estrutura física, realidade assistencial, condições em que se encontravam os pacientes, a qualidade e quantidade de pessoal de enfermagem existente no HCS, ou seja, o cenário encontrado pelas novas enfermeiras admitidas em 1979, evidenciava que apesar da profissionalização da enfermagem e de outros saberes já fazerem parte da instituição desde 1971, e muitas transformações já terem se processado, muito ainda tinha para ser feito, conforme pode ser observado nas falas de duas dessas enfermeiras entrevistadas:

Quando eu entrei lá, tinha mais de 1000 doentes. Não havia quem ficasse lá, e qualquer sonho de recém-formado como eu acabava lá, era um desafio muito grande. A Miriam me ajudou muito. No começo, eu

⁷⁵ A enfermeira Eliane Boechat de Jesus é referenciada por seus pares pelo importante papel na trajetória da instituição (NOTA DA AUTORA).



Figura 31: Enfermeira Maria Lenise Mazarakis.

chegava ao hospital parecia que havia uma venda nos meus olhos, e eu tinha que ir apalpando e descobrindo tudo, era essa a impressão que eu tinha. Eu chorava todos os dias em que eu saía do hospital, porque chegava em casa e me perguntava o que eu tinha feito, em que fim de mundo que eu fui me meter (MAZARAKIS, 2009).

Eu entrei no hospital em 1979, mas conheci a Colônia na época do estágio de psiquiatria. O hospital tinha mudado um pouco, já tinha divisão entre masculino e feminino. Eu me lembro de uma fila quilométrica no refeitório, tudo misturado, homem e mulher, todos juntos, eles ficavam falando e gesticulando com as mãos. Não existia aquele muro com elemento vazado separando o pátio masculino do feminino, só as enfermarias eram separadas. O que mais me marcou quando eu fui conhecendo o hospital foi o abandono, aquele acúmulo de gente, eu me lembro muito do cheiro de pocilga mesmo, sujeira, parece que criavam porcos juntos, aquilo foi uma coisa muito forte. Mas à medida que entrava nas unidades e conversava com o pessoal e o Josel já ia me explicando a questão do trabalho, como era o serviço, a coisa já ia mudando, já não era olhar aquilo como zoológico, como uma visita curiosa. Observei que já havia uma preocupação com o cuidado das pessoas, como era o serviço e como aquilo havia sido montado, aí eu comecei a ver algumas possibilidades (PEREIRA, 2009).



Figura 32: Enfermeira Valdete Prêve Pereira.

Em 1981, uma década depois do ingresso do primeiro

enfermeiro no HCS, dez anos, portanto da ruptura com a enfermagem pré-profissional, foi contratada a sexta enfermeira Ana Lúcia de Melo Santos. Neste mesmo ano também fui contratada e iniciei minhas atividades como enfermeira assistencial na instituição. A impressão sobre as condições existentes no HCS em 1981, o cenário e a qualidade da assistência prestada, foram bastante contextualizados em minha dissertação de mestrado, da qual extraí o trecho abaixo:

Eu entrei para o serviço de enfermagem aumentando o quadro de seis enfermeiros para sete. O grupo era coeso, forte, com vontade de mudar aquela situação caótica. Eu não entendia quase nada de psiquiatria e custei mesmo para perceber muitas coisas, mas, sabia que apesar de tudo, conseguiria dar conta do serviço. Sem nenhum preparo, comecei a trabalhar. Acho que neste momento a intuição e a sensibilidade nos guiam. A maioria das vezes, eu simplesmente observava e procurava repetir o trabalho realizado pelas outras enfermeiras, e assim, aprendia com elas. As mudanças começavam a acontecer, e podia ser visualizadas, na forma como os pacientes passaram a ser tratados, na eliminação de práticas agressivas chamadas de tratamento, com a diminuição dos grandes aglomerados de pacientes e na repreensão de pessoas que os tratavam de forma inadequada (COSTA, 2002, p. 15).



Figura 33: Enfermeira Eliani Costa.

Com um serviço formado por seis enfermeiras e um enfermeiro, as enfermarias passaram a ser distribuídas, supervisionadas e organizadas por esses profissionais em substituição a supervisão realizada pelas religiosas (BORENSTEIN, 2009).

De acordo com Pereira (2009), em 1979, havia somente quatro irmãs na assistência de enfermagem. Em 1981 quando ingressei no HCS, havia duas irmãs que efetivamente permaneceram na assistência de enfermagem até 1985, quando

já havia 15 enfermeiros na instituição.

A profissionalização do HCS se deu de forma lenta e progressiva. As transformações ocorridas a partir desse processo estruturaram-se com base no trabalho desenvolvido por muitos profissionais, entre os quais destaco a importante atuação desses enfermeiros que ingressaram na instituição de 1971 a 1981.

5.4 AS TRANSFORMAÇÕES NO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA E NA ENFERMAGEM DE 1971 A 1981

O processo das transformações ocorridas no HCS iniciou-se em 1971, através dos trabalhos desenvolvidos pelo enfermeiro e professor Wilson Kraemer de Paula, pelo diretor, o médico Júlio César Gonçalves e seu Assessor também médico, Abelardo Vianna Filho. Progressivamente, as transformações foram se multiplicando e acompanhando o contexto social e político, renovando-se à medida que novos profissionais ingressavam, e pela mudança da direção e da chefia de enfermagem no HCS, que a partir de 1977, estiveram representadas pelo Dr. Diogo Ney Ribeiro e pela enfermeira Miriam Süsskind Borenstein, respectivamente.

De 1971 a 1981, com a chegada de mais enfermeiros, bem como de outros profissionais, o hospital passou a ser um espaço profissionalizante, agregando novos e múltiplos saberes que possibilitaram paulatinamente, importantes transformações, que serão contextualizadas a seguir.

5.4.1 Transformações nas práticas institucionais e de enfermagem

As principais transformações ocorridas nas práticas institucionais, em especial na enfermagem do HCS no período de 1971 a 1981 serão contextualizadas neste item da pesquisa. Por se constituírem o foco central de tema do presente estudo, optei por destacá-las em “negrito” para que possam ser melhor visualizadas no contexto geral do trabalho.

As condições insalubres existentes no HCS, certamente foram determinantes para que as primeiras intervenções implementadas na instituição fossem dirigidas para **minimizar a grande quantidade de intercorrências clínicas** que acometia os pacientes, e, com frequência os levava à morte (GONÇALVES, 2009).

Em 1971, por iniciativa de Paula (2009) foi **contratada em caráter de urgência, a enfermeira Zita Rôvere que possuía experiência em clínica médica para se dedicar especialmente aos cuidados de enfermagem clínica**. Esta concentrou os pacientes que necessitavam desse cuidado em uma unidade que era mais utilizada para a internação de pacientes, cujas famílias pagavam por suas estadias. Essa unidade era conhecida como “enfermaria de pacientes diferenciados”. Nesse espaço, ficava também localizado o centro cirúrgico e o berçário, além de algumas crianças internadas⁷⁶. Essa enfermeira começou a implementar um **cuidado de enfermagem clínica diferenciado aos pacientes, organizou um cardápio de dietas que fortalecia o suporte nutricional, o que já representou significativas melhorias nas condições dos pacientes** (PAULA, 2009; RIBEIRO, 2009).

Ribeiro (2009) que também havia iniciado suas atividades no HCS, no segundo semestre de 1971, como clínico geral, assinalou que as péssimas condições estruturais da instituição e enfermarias psiquiátricas em particular, somadas ao escasso contingente de recursos humanos, impossibilitavam que os pacientes com doenças clínicas, recebessem a assistência necessária.

Diante dessa realidade foi percebida a necessidade imediata de ampliar e adequar um local específico para esse fim. Nesse contexto, **a unidade que era utilizada para o cuidado dos “pacientes diferenciados” que já vinha abrigando alguns pacientes mais necessitados, foi reestruturada e transformada em Unidade de Clínica Médica (UCM):**

Em 1972, eu e meu colega Aluísio, que era o outro clínico, criamos a Clínica Médica, no segundo andar da Colônia, em cima da direção, pois até então não existia. Era uma

⁷⁶ De acordo com um Relatório cedido por Paula (2009) e assinado por Dr. Júlio Gonçalves, em 11 de novembro de 1971, havia 7 crianças menores de 14 anos internadas no HCS.

unidade de paciente diferenciado, mas nós ponderamos com a direção o porquê de ter que ser ali, porque era o melhor lugar, até mesmo pela proximidade do Centro Cirúrgico. Nós começamos com uma enfermaria, depois com duas, uma masculina e uma feminina, e nós acabamos ocupando todo aquele espaço ali de cima, e foi assim que funcionou durante um bom tempo (RIBEIRO, 2009).



Figura 34: Unidade de Clínica Médica (Década de 1970).
Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Gonçalves (2009), Paula (2009) e Ribeiro (2009) destacaram como uma das atividades mais significativas realizadas no HCS, a criação da UCM, com o objetivo, de assistir dignamente os no hospital. Nos depoimentos dos três entrevistados é possível identificar o trabalho e o esforço de cada um na criação da UCM, e demonstra que a importância que essa unidade assumiu no contexto assistencial, foi resultado da soma de todos os esforços dessa equipe. Gonçalves (2009) era o diretor, Paula (2009) seu assessor e enfermeiro, e Ribeiro (2009) era o médico clínico geral, e estas eram justamente as pessoas que poderiam propiciar a criação desta nova unidade.

Paula (2009) e Ribeiro (2009) referiram que com o cuidado “diferenciado” prestado na UCM, o doente tinha uma significativa

melhora. Dessa forma, criou-se a cultura de transferir os pacientes que precisavam de um cuidado mais diferenciado para a UCM, que se espalhou pela instituição, e tudo o que havia de “melhor” em termos de pessoal e material, era sempre encaminhado para essa unidade, selando a dicotomia entre o cuidado de enfermagem clínico e o psiquiátrico, que permanece de certa forma, até os dias atuais.

Com a saída da enfermeira Zita Rôvere do HCS, Corrêa (2009) foi designado para assumir a supervisão da UCM. Esse referiu que mesmo não tendo “grande afinidade com enfermagem em clínica médica”, aceitou a função, porque “não teve outra opção”, permanecendo lá até a chegada da enfermeira Maria Lenise Mazarakis em 1979. Seu relato transcrito abaixo mostra certo descontentamento à época, ao ter que aceitar tal atividade:

eu só fiquei lá porque não tinha ninguém que quisesse ficar, e para mim foi o maior desafio. Eu me senti obrigado a aceitar. Fiquei não sei quantos anos ali, até a Lenise chegar, mas eu não abandonei as outras enfermarias psiquiátricas. A clínica era uma enfermaria que dava muito trabalho, porque a gente tinha paciente grave e tinha que treinar os funcionários novos. Os que eram bons, que sabiam mais enfermagem, já iam pra clínica, e outros iam aprender nas próprias enfermarias (CORRÊA, 2009).

Em sua fala Corrêa (2009) demonstra que havia especial preocupação na seleção de funcionários para trabalhar na UCM, pois conforme afirmou, para lá eram escolhidos os “bons, que sabiam mais enfermagem”. Assim, contextualizando esta situação juntamente com Corrêa (2009), consideramos que, de certo modo, o cuidado clínico prestado ao paciente psiquiátrico, tornou-se preponderante na instituição, e quem o prestava adquiria maior status, pois a idéia do cuidado tecnicista está fortemente arraigada no imaginário social dos profissionais de enfermagem. No cuidado em enfermagem psiquiátrica essa concepção não atende sua especificidade, uma vez que o principal instrumento de trabalho nessa área, depende de recursos cognitivos e sensoriais, individuais e coletivos.

Percebo que o cuidado clínico, a seringa na mão, o estetoscópio no pescoço, o imediatismo de algumas medicações e a possibilidade de evitar a morte, são alguns poderes conferidos ao profissional de “branco”. Trabalhar na UCM alimentava o sentimento dos trabalhadores, de ser ou estar entre os “melhores”, entre os que detinham “o saber e o poder de salvar”, de trabalhar em um lugar mais “asséptico”, onde não tinha leito-chão, onde a roupa de cama era trocada todo dia, onde os profissionais usavam uniforme branco, e onde afinal, os pacientes recebiam cuidados “especiais”. Essa idéia de superioridade no cuidado passou a permear a conduta dos funcionários que trabalhavam na UCM, que manifestavam um “ar de superioridade” em relação aos demais.

Complementando minha percepção, vale refletir ainda, que a supervalorização de quem desenvolve cuidados especiais ou de quem trabalha com pessoas que estão no limite entre a vida e a morte, é entendida como um poder especial pela cultura popular. O saber e o poder dos que são capazes de promover a cura ou de evitar a morte, de quem tem o poder de “invadir e manipular corpos vivos ou mortos”, de fazer nascer, viver ou morrer, faz comparar seres humanos às divindades. Dessa cultura resulta também a supervalorização de quem executa determinados procedimentos, como os da medicina, que passou a ocupar o topo da pirâmide social e hierárquica dos profissionais de saúde.

Quando a enfermeira Maria Lenise Mazarakis ingressou no HCS, Borenstein (2009) delegou-lhe o gerenciamento desta unidade, uma vez que como recém formada, estaria mais atualizada nessa área. Mazarakis (2009) desenvolveu suas atividades na UCM durante quase todo o período em que trabalhou no HCS, até 1993, exceto por um curto período em que exerceu a chefia de enfermagem na segunda metade da década de 1980.

A UCM passou por uma grande reforma sob a orientação da enfermeira Maria Lenise Mazarakis, em 1979, com o incondicional apoio da Direção do HCS, exercida pelo Dr. Diogo Ney Ribeiro.

Até 1979, a clínica ainda possuía alguns berços remanescentes daquela época em que os partos eram realizados no HCS. Quando eu assumi a clínica, eu tratei de



Figura 35: Criança no berçário.

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

retirar todos os berços e reorganizar todo o espaço. Eu não conseguia conviver com o fato de ter menores internados com adultos, e tratei logo providenciar um local mais seguro para eles (MAZARAKIS, 2009).

Como não havia uma unidade específica para a internação de crianças e adolescentes, e havia muitos menores internados no HCS, essa unidade, além de receber os “pacientes diferenciados”, também recebia os menores para que não ficassem junto aos adultos. Posteriormente, na década de 1980, a enfermeira Maria Lenise Mazarakis, juntamente com o psiquiatra Dr. Ari Bertoldo Sell, **conseguiram uma nova área para que as crianças fossem mais protegidas e cuidadas, e criaram a Unidade Infantil (UNIFANTI)** (MAZARAKIS, 2009).

No espaço onde estavam aos berços na UCM, foi **organizado uma espécie de unidade para os pacientes mais graves e que requeriam cuidados mais intensivos, a qual foi denominada de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Para o atendimento médico de todos os pacientes do HCS, havia em 1979, dois médicos clínicos (José Carlos de Lorensi Cancellie e Reinaldo Brasiliense Machado), e os acadêmicos de Medicina, que desde a década de 1960, após a criação da Faculdade de Medicina em Florianópolis, trabalhavam na instituição em sistema de bolsa de trabalho. Geralmente, quando os pacientes adoeciam nas enfermarias eram transferidos para a UCM para receber melhores cuidados. Sobre essa nova organização da UCM, Mazarakis (2009) referiu:

com a nova organização da UCM, nós colocamos 50 leitos, sendo 25 masculinos e 25 femininos. Também **criamos dois isolamentos**, um em cada lado da unidade. O paciente que adoecia na enfermaria, o médico cuidava na clínica. O Diogo se empenhou para deixar a clínica do jeito que

eu queria, e conseguimos fazer uma grande reforma na área (MAZARAKIS, 2009).

Mazarakis (2009) **criou e organizou a central de esterilização de material** no HCS, assim como todas as atividades referentes à enfermagem clínica, **estabelecendo rotinas e capacitando os agentes de enfermagem** para o cuidado de enfermagem clínica aos pacientes internados.

Segundo Borenstein (2009) o trabalho desenvolvido pela enfermeira Lenise na UCM imediatamente passou a ser percebido e reconhecido por todos:

A clínica passou a ser outra coisa com a Lenise. Anteriormente, já era a melhor unidade, mas com a Lenise, melhorou muito. Ela implementou muitas coisas, e trabalhava muito. Além disso, ela organizou todo o atendimento clínico do hospital, **criou uma sala de curativos** fora da UCM, capacitou dois técnicos de enfermagem, e organizou um esquema de atendimento de forma que todos os pacientes do hospital fizessem curativo nesse local e pudessem ser acompanhados por ela (BORENSTEIN, 2009).

Como parte das transformações produzidas pelos enfermeiros, as principais estavam relacionadas com o cuidado clínico e com a extinção ou adequação de práticas de enfermagem e terapêuticas agressivas e empíricas. O hospital psiquiátrico ao longo do tempo cristalizou as formas dos profissionais se relacionarem com os doentes mentais de forma perversa. Daí decorre a necessidade que se apresenta aos profissionais de saúde mental de contestar a abordagem simplista do cuidado e a condição minimalista que historicamente sustentou a assistência ao doente mental.

Entre as práticas bastante utilizadas no HCS, destacava-se a utilização generalizada da eletroconvulsoterapia (ECT) e da insulino-terapia. Essas terapêuticas tinham comprovação científica, porém não para serem realizadas de forma indiscriminada. No entanto, diante da inexistência de outros

recursos terapêuticos, e dos poucos psicotrópicos disponíveis na época, era largamente utilizada na instituição (PAULA, 2009).

Em 1972, Paula (2009) realizou um estudo no HCS, no qual constatou a existência de mais de cem pacientes esquizofrênicos, internados há mais de dez anos, virgens de tratamento com qualquer tipo de psicotrópico, pois o uso regular de antipsicóticos na instituição somente foi introduzido nos anos de 1970, conforme também assinalaram Corrêa (2009), Gonçalves (2009) e Malara (2009).

Paula (2009) relatou que o tratamento antes de 1971, limitava-se ao eletrochoque, insulinoaterapia e brometos ou "gotas amargas". Somente a partir de agosto 1971, é que foram introduzidos os primeiros neurolépticos⁷⁷ como a clorpromazina (ampticil), a levomepromazina (neozine) e as butirofenonas (haloperidol). O entrevistado fez ainda referência a um trabalho experimental realizado antes de seu ingresso no HCS, pelo professor Antônio Santaella, com uma butirofenona denominada Majeptil. A enfermaria onde foi realizada essa experiência ficou conhecida como "enfermaria dos durinhos" por causa dos efeitos colaterais da droga utilizada (PAULA, 2009).

Em vários prontuários do Arquivo do HCS/IPq-SC de pacientes que internaram no final da década de 1960 e início de década de 1970, pude observar a prescrição de ECT e insulina. No entanto, além destas terapias eram utilizados também o ampticil e o haloperidol desde 1969. No prontuário 15.518, por exemplo, de um paciente internado em janeiro de 1969, consta em sua prescrição no primeiro dia de internação: "ECT e ampticil injetável". Nos dias subseqüentes, ainda no mês de janeiro, consta também no mesmo prontuário, o "haloperidol e a insulinoaterapia". Tal informação não invalida o referido acima por Paula (2009), quando informou que o "uso regular de antipsicóticos na instituição somente foi introduzido nos anos de 1970", pois de fato, conforme registro nos prontuários, o que era

⁷⁷ Os neurolépticos utilizados no tratamento dos distúrbios psicóticos foram introduzidos na clínica na década de 1950. O marco inicial na história dos antipsicóticos foi a descoberta casual dos efeitos da Clorpromazina pelo cirurgião francês, Henry-Marie Laborit, sintetizado por Paul Charpentier e testado farmacologicamente por Simone Courvoisier. Ao administrar esse composto, Laborit observou que os pacientes se declaravam "mais relaxados e calmos". A partir dessa observação foi sugerido o potencial uso da Clorpromazina como um "tranquilizante". Na década de 1950, a Europa começou a usar a clorpromazina (TOWNSEND, 2002).

largamente utilizado era a eletroconvulsoterapia.

Malara (2009) referiu que os “neurolépticos existiam desde a década de 1950”, no entanto, até 1970, poucas drogas estavam disponíveis para uso no HCS. De acordo com a entrevistada, havia certo desconhecimento dos benefícios e utilização dessas drogas, o que determinava que os médicos mantivessem as terapêuticas tradicionais.

De acordo com Gonçalves (2009) eram realizados em média, cinquenta ECT(s) diariamente, sem muito critério e de forma bastante rudimentar, o que contribuiu para sua estigmatização. Esta informação é corroborada por Antunes (2008, p. 8):

A eletroconvulsoterapia (ECT) é o tratamento somático mais antigo em uso na psiquiatria atual. Embora tenha sua eficácia comprovada através de inúmeros estudos ao longo de várias décadas, permanece revestido de preconceito e oposição ao seu uso.

Gonçalves (2009) evidencia o mesmo pensamento do autor acima referenciado, em relação à ECT, e assinala que considera esta terapêutica “válida em algumas situações”. Lastimou o fato de atualmente ser condenada pelo Programa Nacional de Acreditação Hospitalar (PNAH)⁷⁸, cujos técnicos “a consideram um ponto desabonador para a instituição”. Assinalou que “a grande utilização de seu uso na história recente da psiquiatria se justificava em função da inexistência de outro recurso mais efetivo. A ECT apresenta baixo custo, além do fato de que muitos pacientes melhoravam”. Reconheceu, no entanto, que esta técnica provocava alguns malefícios, como a “perda da memória”, por exemplo, atribuindo essa ocorrência à grande quantidade prescrita para cada paciente sem indicação precisa.

De acordo com Prudic (2005), a eficácia da ECT em pacientes depressivos está bem estabelecida como terapêutica

⁷⁸ PNAH é um instrumento de avaliação e de indicação da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros desenvolvido pelo Ministério da Saúde. É um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais (BRASIL, 2002).

biológica mais efetiva na atualidade. Nenhum outro tipo de droga se mostrou superior para tratamento da depressão maior em estudos controlados.

Corrêa (2009) também reconheceu a validade da utilização dessa técnica para determinados pacientes, pois percebia que “de fato muitos melhoravam”. Acrescentou, no entanto, que essa melhora não poderia ser atribuída somente a essa técnica, uma vez que ao ser prescrita tal terapêutica, os pacientes eram transferidos para a UCM, onde recebiam boa alimentação, melhor atendimento médico e cuidados de enfermagem. Essa foi uma rotina estabelecida pelos enfermeiros para que os pacientes fossem acompanhados pela enfermagem, no período pré, trans e pós eletroconvulsoterapia. Assinalou ainda que:

esta era uma terapêutica aplicada no mundo todo, então, não podia ser totalmente ruim. É claro que tinha o lado bom, e evidentemente alguns pacientes melhoravam. O problema é que na Colônia a ECT, foi muito usada como uma forma de castigo. Os atendentes reclamavam para o médico que determinado paciente estava incomodando, que estava agredindo, ou coisa assim, então, o médico prescrevia ECT, mas eles não participavam do acompanhamento do paciente (CORRÊA, 2009).

A eficácia do uso da ECT na atualidade tem sido evidenciada por pesquisadores como Excellence (2003), Kho (2003), National Institute For Clinical McCall (2007), Pagnin (2004), entre outros. As pesquisas realizadas por esses autores apontam de modo geral a eficácia da ECT nos estados depressivos, em especial na depressão maior, quando ocorre a falha com o tratamento com antidepressivos e psicoterapia. Apontam que a ECT apresenta uma resposta mais rápida em relação aos medicamentos e se torna um importante tratamento de emergência em casos graves, como a catatonia e risco de suicídio.

Santos, S. (2009) descreveu, com ricos detalhes, a forma como era feita a aplicação da ECT no HCS:

Os médicos vinham na segunda-feira prescrever, 40 pacientes. Era 10 series de

eletrochoque para cada um. O médico vinha e não tinha enfermeira, então nós que era um pouquinho mais inteligente, é que fazia [...]; Eu acho que morreu muita gente, era feito muito eletrochoque [...]; Começava às oito da manhã e ia até ao meio dia, era a manhã toda, só fazendo choque. No dia que eu fazia eletrochoque a tarde eu chegava em casa tremendo. Tinha dois tipos de eletrochoque: tinha o úmido e o seco. O úmido era o mais potente porque aumentava a carga. Tinha a carga de entrada com noventa amperes dá um terço da eletricidade e tinha com quatro amperes. Então, a gente molhava as plaquetas numa bacia ou numa torneira, e na hora que as duas plaquetas se encontravam, dava um tipo de chiasso. A gente imobilizava o paciente, ficava um homem na parte do joelho, um na bacia, e um na parte dos ombros. Então assim, era colocado as pontas no frontal da testa do paciente até unir as duas placas uma na outra e contava alguns segundo segurando até que o paciente convulsionasse [...]; Se tu mostra aquela valise preta do eletrochoque que vocês guardaram no museu, tem paciente dos mais antigos que vai sair correndo. Eu fui responsável pelo eletrochoque por três anos (SANTOS, S., 2009).



Figura 36: Aparelho de eletroconvulsoterapia.
Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC. (Década de 1970)

A prática de realização da ECT foi normatizada pelos enfermeiros, a partir da compreensão dos riscos que esta técnica representava, em especial, pela forma inadequada como era realizada. A partir de 1973, a rotina de aplicação da ECT **instituiu como exigência para sua realização, uma sala apropriada** com material para reanimação respiratória, prescrição médica, bem como a **presença de um médico e de um enfermeiro** durante sua realização (CORRÊA, 2009).

A partir dessa normatização, a prescrição e realização da

ECT foram diminuindo progressivamente, o que também contribuiu para o deslocamento dos “enfermeiros práticos” que realizavam esta técnica, para as atividades de guardas ou de atendentes. De acordo com Corrêa (2009), à medida que estes funcionários mais antigos foram se aposentando ou deslocados para outras atividades, “não tinha mais quem aplicasse a ECT, e ninguém mais queria fazer”. Os enfermeiros de fato, não incorporaram essa atividade como deles, embora entendessem que sua normatização era indispensável.

A partir daí, os médicos passaram a considerar mais a utilização de outras possibilidades terapêuticas menos agressivas, e incorporaram definitivamente o uso dos neurolépticos (CORRÊA, 2009).



Figura 37: Sala de eletroconvulsoterapia(Década de 1980)

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

De acordo com Malara (2009), mesmo com a existência dos neurolépticos⁷⁹, estes eram pouco utilizados no HCS,

⁷⁹ Os neurolépticos, utilizados no tratamento dos distúrbios psicóticos, foram introduzidos na clínica na década de 1950. O marco inicial na história dos antipsicóticos foi a descoberta casual dos efeitos da Clorpromazina pelo cirurgião francês, Henry-Marie Laborit, sintetizado por Paul Charpentier e testado farmacologicamente por Simone Courvoisier. Ao administrar esse composto, Laborit observou que os pacientes se declaravam “mais relaxados e calmos”. A partir dessa

acrescentando que os psiquiatras que lá atuavam “desconheciam esses medicamentos ou preferiam tratar com arnica, colocar na cela, amarrar, mandar fazer eletrochoque ou colocar na camisa de força”.

Segundo Vianna Filho (2009), no início da década de 1970, com a chegada no HCS de novos psicotrópicos como a clorpromazina, conhecida com o nome comercial de “amplictil”, vários pacientes obtiveram alta hospitalar, o que contribuiu significativamente para a diminuição do número de internos.

Embora cada vez mais reduzida a ECT ainda era realizada no HCS em 1978, permanecendo até a metade da década de 1980, quando Borenstein (2009) e Mazarakis (2009), **normatizaram mais uma vez a técnica da ECT, proibindo os agentes de enfermagem de a aplicarem**, a partir da compreensão e da rotina já existente de que essa atividade deveria ser realizada somente pelo médico, cabendo a enfermagem o acompanhamento e os cuidados. No entanto, segundo Mazarakis (2009) “havia um jogo de empurra e a enfermagem, muitas vezes, acabava assumindo sozinha”.

O trecho da entrevista de Borenstein (2009) transcrito a seguir corrobora com o discurso acima:

Na realidade, os médicos prescreviam a ECT e aí ficava na mão do pessoal de enfermagem. A gente via que o paciente fazia apneia, tínhamos que ficar ali, eu me lembro que quem assumia isso era a enfermeira da clínica, a Lenise, ou a supervisora da enfermaria que era chamada quando a Lenise não estava. Em uma dessas ocasiões, eu me lembro muito bem: eu chamei o Vicente, que era o técnico de enfermagem, e fomos para a sala da ECT. Eu segurava o paciente, o Vicente aplicava, mas o médico tinha que estar presente. Como ele não veio e somente com sua presença nós deveríamos fazer, o procedimento não foi feito (BORENSTEIN, 2009).

observação foi sugerido o potencial uso da Clorpromazina como um “tranquilizante”. Na década de 1950, a Europa começou a usar a clorpromazina (TOWNSEND, 2002).

De acordo com as entrevistadas, em meados da década de 1980, foi **solicitada ao Conselho Regional de Enfermagem (COREn-SC) uma orientação oficial sobre a responsabilidade técnica da enfermagem na realização da ECT**. Este emitiu um parecer no qual constava que a realização de tal procedimento não se configurava em ato a ser executado pelos agentes de enfermagem, e dessa forma, a ECT desapareceu definitivamente do HCS, em 1985. Nesse contexto, Borenstein (2009) concluiu: “com a rotina de exigência da presença dos médicos para a realização da ECT, **eles acabaram suspendendo a eletrochoqueterapia**”.

Além do tratamento com uso de neurolépticos, na segunda metade da década de 1970, deu-se **início à atividade de praxiterapia** com a contratação de uma terapeuta ocupacional para o HCS. Entre os tipos de técnicas utilizadas como parte do tratamento, Borenstein (2009) destacou ainda a **realização de assembléias gerais, grupos terapêuticos, grupos de alta e admissão, atividades físicas e grupo de higiene**, no qual eram utilizados cartazes seriados para orientar e incentivar os pacientes na higiene corporal. Destacou ainda, que desenvolveu um **roteiro de observações para guiar os enfermeiros na realização de entrevistas de admissão** dos pacientes, demonstrando que a rotina do serviço começava a sistematizar o cuidado de enfermagem psiquiátrica.

Outra técnica realizada no HCS pelos agentes de enfermagem e que era bastante questionável, tanto por sua forma de realização como por sua indicação, eficácia terapêutica, e com dúvidas informações científicas, consistia na insulino-terapia, extinta no HCS em 1971, decorrente das observações e condutas adotadas por Paula (2009). Este referiu que ao observar a forma como tal prática era realizada, experimentou um dilema ético e técnico, com base no fato de que ao iniciar suas atividades na UTI do HGCR, aprendeu a fazer insulina e sabia dos cuidados e dos riscos inerentes ao uso dessa medicação. No entanto, ao chegar ao HCS observou que a insulino-terapia era realizada de “uma forma absurda, tanto do ponto de vista técnico, quanto ético”. Assinalou: “aquilo era um absurdo [...]; eu disse: não se vai mais fazer isso aqui, isso acabou! Só faremos insulina se tivermos um carrinho de reanimação, um médico e um enfermeiro ao lado do paciente”. Com esta proibição, **a técnica da insulino-terapia foi extinta do HCS**.

A insulinoterapia, assim como a eletroconvulsoterapia e o choque pelo cardiazol, foram terapêuticas introduzidas no HCS no início da década de 1950. De acordo com relatórios encaminhados à Assembleia Legislativa do Estado pelo governador Irineu Bornhausen, no ano de 1950, foram realizadas 5.505 aplicações dessas terapêuticas na instituição (BORNHAUSEN, 1951). Já no ano de 1952, o número aumentou para 7.860. Esses documentos não identificam a quantidade individual de cada uma dessas técnicas, fazendo menção somente ao total (BORNHAUSEN, 1952).

Gonçalves (2009) referiu que a insulinoterapia teoricamente, possuía o mesmo princípio empírico da ECT:

Esperava-se que “sacudindo”, convulsionando o cérebro de uma pessoa, se conseguisse fazer com que alguma coisa se produzisse, que mexesse com a química cerebral, mas era mais dramático que a ECT, na minha ótica. O doente chegava de manhã cedo, não tomava café. O pessoal de enfermagem fazia injeção de insulina às sete horas e os médicos chegavam mais ou menos às nove horas, e iam assistir os pacientes que já estavam começando a suar com hipoglicemia. O ponto ideal era deixar fazer o coma hipoglicêmico e quando o doente convulsionava era feita a injeção de glicose. Progressivamente, esta técnica foi sendo atenuada, e passou-se a fazer menor quantidade de insulina, o tanto para provocar um “suadozinho” e era mais usada para paciente esquizofrênico, mais jovem e magrinho, porque então dava uma fome danada e ele engordava e melhorava a imagem. Não tenho a menor dúvida que algumas pessoas foram ajudadas por providências dessa ordem, mas era totalmente empírico, era um procedimento que ocupava a manhã inteira de algumas pessoas (GONÇALVES, 2009).

A grande utilização dessa terapêutica no HCS pode ser comprovada em vários prontuários mais antigos da instituição.

No prontuário número 7.248 de uma paciente internada em 01/01/1969, na época com 23 anos de idade, consta que ela recebeu 34 aplicações de insulina, em 53 dias de internação. Corroborando com a fala acima de Gonçalves (2009) (com grifo meu), neste prontuário pode-se observar nos registros do impresso “Insulinoterapia” que a paciente aumentou seu peso corporal em 8,5 quilos durante a terapêutica.

A técnica da insulinoterapia consistia em gerar coma nos pacientes pela administração de doses sucessivas e crescentes de insulina, com a posterior interrupção pelo aporte de glicose. Esse procedimento se mostrou eficiente para pacientes esquizofrênicos com base na suposição de que esse método induzia a um processo de regressão neurológica e psicológica com flutuação de consciência (ASSUNPÇÃO JR; KUCZYNSK, 2006).

Na psiquiatria, a insulinoterapia passou a ser bastante utilizada após 1930, quando Sakel aperfeiçoou a técnica para o tratamento da esquizofrenia (BORENSTEIN et al., 2007).

Nos anos 1940, a insulinoterapia passou a ser bastante utilizada nos Estados Unidos com a descrição de resultados positivos em diversos serviços. Surgiram nessa época várias teorias na tentativa de explicar os mecanismos de ação desse método, sustentadas na hipótese levantada por seu criador, de que o coma insulínico provocaria estimulação do estoque de glicogênio, permitindo que as células nervosas fossem protegidas dos produtos tóxicos (JAMES, 1992).

Estudos de autores americanos da década de 1940 demonstraram uma maior eficácia do choque insulínico em relação à eletroconvulsoterapia, quando aplicada em esquizofrênicos paranoides e catatônicos, sendo esses estudos sempre vinculados à sua utilização na população adulta (KOLB; ROIZIN, 1993).

Em 1950 Sakel refere que a insulinoterapia tem como principal indicação as psicoses maiores (ASSUMPÇÃO JR., KUCZYNSK, 2006). No entanto, Stone (1999) assinalou que a técnica parecia ser mais efetiva em casos agudos do que em crônicos; porém, a dificuldade em sua execução e a incerteza relativa aos seus fundamentos, levou gradativamente ao seu abandono.

Santos, S. (2009) também falou sobre a realização dessa técnica enfocando os riscos de sua utilização com base em sua

experiência do cotidiano, demonstrando que o conhecimento tácito pode ser incorporado ao conhecimento científico.

Era assim: tinha que levar junto com a insulina uma ampola de glicose. Tinha que preparar o paciente: em um braço ia glicose e no outro ia a insulina. Todo mundo fala, fala na insulina, no eletrochoque, mas a insulina matou muito mais gente, matou o dobro, e morria muito mais, porque não tinha um acompanhamento de uma enfermeira (SANTOS, S., 2009).

Corrêa (2009) também fez uma comparação “estética e técnica” entre a eletroconvulsoterapia e a insulino-terapia que contribuiu para explicar o fato desta última ser menos conhecida, comentada e estigmatizada do que a primeira, enquanto que os riscos apresentados por ambas são potencialmente perigosos.

A insulina era feita na cama, e parecia ser menos agressiva. Eles aplicavam várias doses de insulina até levar o paciente ao coma. Eu vi poucos casos, acho que foram uns três. A eletrochoquerapia provocava uma crise convulsiva muito feia. A insulino-terapia já estava acabando e não teve tanta aceitação quanto a ECT. Quando a gente via os relatórios anteriores do Santaella, vimos que eles aplicaram num ano, 4 mil e tantos ECT, e no outro, 4.500. Eles vibravam com essa técnica e progressivamente foram aumentando a aplicação (CORRÊA, 2009).

Malara (2009) ao descrever o cenário do HCS, quando de sua chegada em 1971, e no início de suas atividades em março de 1972, o fez com as mesmas características já evidenciadas por Paula (2009) e outros entrevistados. No entanto, deu ênfase à existência das celas e a forma como os pacientes eram tratados neste espaço de reclusão. Referiu: “quando eu cheguei lá na Colônia, ainda tinha celas, que era uma coisa horrorosa. Tinha guardas e eles não deixavam a gente chegar perto das grades das celas, mas a gente sabia que os pacientes eram

maltratados”. Malara (2009) referiu que juntamente com o enfermeiro Wilson, **iniciou a retirada progressiva dos pacientes das celas**, narrando esse episódio conforme segue abaixo:

Nós fomos tirando todo o pessoal das celas. Botamos roupas nos pacientes que estavam nus nas celas e aos poucos fomos tirando todos de lá. Eu e o Wilson levamos muitas broncas, que eu digo, era barra pesada. Tinha que bater de frente com os aqueles médicos “do tempo da Maria Cachucha”⁸⁰. Eles botavam os pacientes nas celas com prescrição médica, e eu e o Wilson tirávamos [...]; os pacientes eram colocados aos montes nas celas. Na hora de medicar os pacientes, os guardas chamavam e faziam a injeção pela grade da cela [...] Era uma luta, uma luta com os médicos, era uma luta com os funcionários (MALARA, 2009).

Com a retirada progressiva dos pacientes das celas, estas se tornaram cada vez mais obsoletas, e raros eram os pacientes que ainda eram encaminhados para lá permanecerem. Porém, a prática médica e dos agentes de enfermagem mantinha erguida algumas dessas estruturas, e a cada sinal de alteração do comportamento do paciente, havia uma grande mobilização de encaminhamento para a cela (MALARA, 2009).

O isolamento do doente mental como método de tratamento assumiu na história várias modalidades. Inicialmente os loucos eram recolhidos às casas de correção com os demais elementos que compunham as minorias sociais. Posteriormente, passaram a ser classificados e juntamente com a constituição da psiquiatria, passaram a ocupar lugares específicos para serem mais bem observados e tratados: os hospícios. Dentro desse

⁸⁰ Do tempo da Maria Cachucha: expressão que significa muito antigo. Origem: a cachucha era uma dança espanhola em três tempos, em que o dançarino, ao som das castanholas, começava a dança num movimento moderado, que ia acelerando, até terminar num vivo volteio. Esta dança teve destaque na França, quando uma célebre dançarina, Fanny Elssler, a dançou na Ópera de Paris. Em Portugal, a popular cantiga Maria Cachucha (ao som da qual, no séc. XIX, era usual as pessoas do povo dançarem) era uma adaptação da cachucha espanhola, com uma letra bastante gracejadora, zombeteira (EXPRESSÕES, 2010).

espaço isolado do mundo social, os loucos foram ainda individualizados e distribuídos de acordo com o grau de periculosidade, ocupando células individuais. Até o fim do século XVIII, os insanos eram tratados como prisioneiros, normalmente acorrentados às camas pelos tornozelos e também amarrados em celas (FOUCAULT, 2004).

Essa cultura de isolar para tratar transformou o hospital psiquiátrico na verdade hegemônica para o tratamento das doenças mentais, cuja prática atravessou os séculos, concentrando os pacientes em grandes salas de onde ninguém poderia sair, fazendo com que os doentes fizessem suas necessidades fisiológicas onde eram mantidos. Devido à falta de espaço, um mesmo leito era dividido entre dois pacientes (BASAGLIA, 2001).

O isolamento, a falta de liberdade e a falta de higiene se mantêm ainda como um marco no cuidado psiquiátrico em algumas instituições compatíveis com o modelo manicomial. A utilização de métodos agressivos, punitivos e impositivos no tratamento psiquiátrico na história da psiquiatria é relembada e relatada ainda por alguns pacientes que passaram por essa experiência, os quais demonstraram que o “tratamento nos hospitais psiquiátricos revela a impossibilidade de um questionamento e de uma intervenção na forma de assistência, e na predominância do uso da força e do poder” (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003, p. 11).

Nesses termos, o discurso basagliano indicou a necessidade de uma desconstrução do modelo psiquiátrico e dos asilos e não apenas de uma reforma, entendida como melhora e humanização dos três pilares principais que sustentam o lugar de exclusão social da loucura: a vigente organização dos serviços de saúde mental, o discurso científico, sobretudo no que se refere à noção de doença mental e o contexto social, que condiciona o isolamento do desvio à norma (AMARANTE, 2008).

Paula (2009) referiu que promoveu a **destruição dos muros que separavam internamente os pacientes e acabou também com o espaço denominado de geladeira** destinado aos moribundos. As paredes das celas no HCS foram derrubadas em 1972. “Era um domingo”, segundo Santos, S. (2009) que descreveu o processo de **desmonte da cela e dos muros** da seguinte forma:

Quando quebramos tudo, houve polêmica,

fomos chamados na direção para explicar porque motivo foi feito por um funcionário, por que foi pelo enfermeiro de alto padrão⁸¹ no final de semana. Daí, o Wilson disse, até parece que eu estou vendo hoje ele falar: eu me responsabilizei. O Silvio acreditou em mim, e está feito. Segunda feira quando o diretor chegou só tinha tijolos (SANTOS, S., 2009).

Em minha análise, Santos, S. (2009) se sentiu “empoderado” pelo enfermeiro Wilson para ajudar a destruir as celas e muros, que por sua vez tinha poder de autoridade. Afinal, fazia parte da direção da instituição, que também estava “empoderada” pelo poder concebido pela Secretaria do Estado da Saúde.

Essa escala hierárquica de concessão de poderes na sociedade estrutura a edificação das relações sociais em que se aceita como legítimo, tanto o poder que cria as normas válidas, quanto aceitáveis, pois do contrário, existiria no mínimo, um contexto de subversão política, já que estaria em questionamento, a própria obediência ao estatuto social criado pelo poder político constituído. Assim, Santos, S. (2009) foi empoderado pela palavra de e por sua condição de assessor da direção, que legitimou sua ação. Esta explicação adequa-se perfeitamente à percepção de Bourdieu (2007), acerca do poder simbólico e a noção de que ele pressupõe, que os dominados se submetem espontaneamente ao controle porque possuem alguma crença nesse comando:

Como o poder de constituir é dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo [...]; significa que o poder simbólico [...] se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e

⁸¹ A expressão “enfermeiro alto padrão” é utilizada popularmente para fazer referência ao enfermeiro “chefe”, ou seja, ao profissional de enfermagem graduado. Este termo passou a ser utilizado a partir de 1931, quando na Presidência de Getúlio Vargas, a Escola Anna Nery foi oficializada como ensino padrão no Brasil (Decreto, n.20. 109 de 15 de junho de 1931) (GEOVANINI et al., 2005).

os que lhe estão sujeitos, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subvertê-la, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia (BOURDIEU, 2007, p. 15).

Paula (2009) não só promoveu o desmanche de estruturas físicas arcaicas e simbólicas de exclusão e maus-tratos de pacientes, descritas anteriormente, como também participou ativamente de projetos de construção de novas áreas para atendimento. Referiu que em 1972, com o fechamento das celas, foi **criada a Unidade de Emergência**, com duas áreas: uma feminina e outra masculina que se destinavam ao controle de pacientes em surto psicótico agudo das unidades de internação e no momento da admissão.

Corrêa (2009) confirmou em sua entrevista a criação da unidade de emergência, descrevendo sua arquitetura:

a emergência tinha duas salas, uma de cada lado, separadas pelo posto de enfermagem. Deveria ter no máximo dez leitos de cada lado, mas o lado masculino estava sempre superlotado. Os pacientes eram internados ali por um tempo, até ficarem mais calmos, e depois iam para as enfermarias (CORRÊA, 2009).

Diferentemente da unidade de emergência existente no HCS, que não deixava de ser uma unidade de internação com grades, atualmente, o Ministério da Saúde propõe a criação da emergência psiquiátrica em hospitais gerais como possibilidade para que o doente mental receba um atendimento emergencial, e não necessite internar. No contexto do HCS, a cela e a emergência eram estruturas com objetivos diferentes, no entanto, ambas tinham grades e representavam a existência da assistência iatrogênica da psiquiatria, bem como a forma de organização dos saberes e práticas vigentes. Daí surge também a crítica manicomial que se coloca na atualidade contra a reforma ou humanização do asilo psiquiátrico, entendendo-as como utopia,

uma vez que adeptos dessa posição consideram impossível democratizar o funcionamento interno de uma instituição sem se questionar a forma estrutural, os autoritarismos e a práticas existentes (AMARANTE, 1998).

Ao falar de algumas práticas realizadas pelos agentes de enfermagem, Paula (2009) evidenciou a forma como os pacientes recebiam os cuidados de higiene, chamando a atenção para a existência de uma espécie de tanque onde as pacientes entravam para receber uma ducha de água fria, a fim de retirar a sujeira do corpo, bem como da existência de banheiras, que também eram cheias com água fria e suja. Ao tomar conhecimento de tais práticas, imediatamente proibiu sua continuidade:

Eu proibi os funcionários de darem os banhos daquela forma. Eu **acabei com a “piscina” e mandei retirar as banheiras**. A irmã ficou muito braba comigo, mas eu a proibi de fazer aquilo ali (PAULA, 2009).



Figura 38: Banheiras. (Década de 1970)

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Paula (2009) promoveu várias transformações no HCS e na assistência de enfermagem, e em 1975, providenciou o que chamou de “colorir o hospital. Em sua concepção, uso do uniforme interfere na identidade e subjetividade dos profissionais e pacientes. Esse aspecto foi considerado no momento de

realizar o pedido de tecidos para a confecção de roupas, em que teve a ideia de solicitar a aquisição de variadas cores de tecidos para diversificar os uniformes. Desta forma, **promoveu o fim do universo cromático do vestuário pessoal dos pacientes, formado somente pelas cores azul e cinza** nas unidades psiquiátricas, e camisolas brancas na UCM.

Com a destruição dos tanques e das banheiras, **os pacientes passaram a tomar banho nos banheiros** das enfermarias, no entanto, Elias (2009) referiu que essa prática ainda precisava ser organizada e principalmente humanizada. De acordo com a entrevistada,

Os funcionários pegavam três ou quatro pacientes botavam dentro de um cubículo do chuveiro e davam banho em todos ao mesmo tempo. As mulheres entravam de roupa e tudo embaixo do chuveiro e se lavavam com a roupa do corpo, depois tiravam aquela roupa, se secavam de qualquer jeito e colocavam aqueles camisolões horríveis (ELIAS, 2009).

Observando essa prática, Elias (2009) percebeu também que as funcionárias que trabalhavam no lado feminino, não chamavam as pacientes por seus nomes, mas por apelidos. A partir daí, passou a **orientar as funcionárias que chamassem as pacientes nominalmente** para as atividades e instituiu uma rotina para o banho. Ao instituir o que chamou de “banho coordenado”, as pacientes passaram a ser chamadas uma a uma para o banho, conforme houvesse vaga nos boxes disponíveis nos banheiros, e ainda, **criou um setor que denominou de praxiterapia**, no qual, com a ajuda das religiosas e das próprias pacientes, passou a remendar as roupas danificadas e a confeccionar outras, com um novo padrão:

Aproveitei que vieram várias cores de tecidos para fazer a roupas dos pacientes, arrumei um lugar e consegui uma mesa, cadeiras e máquinas de costura com as freiras. Eu comecei a ensinar para as pacientes o que elas já sabiam fazer, mas já tinham esquecido. Começaram a costurar, fazer crochê, tricô, bordados, era uma coisa, e eu



ficava emocionada de ver, porque era lindo, todo mundo dizia: meu Deus foi a fulana que fez? Elas não sabiam que as pessoas sabiam, porque não podiam saber, por que elas não tinham a oportunidade de fazer, mas elas sabiam. E assim, começou a praxiterapia e apareciam coisas lindas. Na verdade vieram corte de tecidos das cores azul, amarela, vermelha e verde. A gente queria que viesse fazenda estampadinha, mas como só vieram essas cores, eu resolvi **innovar nos modelitos das roupas**. Fazia vestido azul com bolsinho amarelo, bermuda verde com detalhes azul e assim por diante (ELIAS, 2009).

Figura 39: Paciente na sala de costura em 1977.

Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Elias (2009) **criou também um “salão de beleza” no lado feminino e uma barbearia no lado masculino** do HCS, para que os pacientes fossem estimulados e incentivados para o autocuidado. Juntamente com essa prática, a entrevistada percebeu que as pacientes femininas “ficavam pouco à vontade” com a presença de atendentes masculinos no momento do banho e **reorganizou as escalas, de modo que os funcionários homens passassem a trabalhar, preferencialmente, no lado masculino, e as funcionárias mulheres, no lado feminino**. Essa organização, segundo a entrevistada, tinha por objetivo também, evitar que houvesse abusos contra as pacientes, por parte de funcionários. Referiu que essa ocorrência nunca foi observada ou comprovada, no entanto, havia comentários que existiam (ELIAS, 2009).

A partir de 1979, o banho dos pacientes internados na UCM também foi alvo de estratégias, no sentido de aproximar a forma como era realizado, com o que a técnica recomendava, e, por conseguinte, com o que era possível fazer para humanizar o banho e diminuir os riscos a que os funcionários expunham os pacientes.

O banho de leito, não era no leito, era em cima de um lençol ou cobertor no chão do banheiro, onde eles lavavam o paciente com

a mangueirinha do chuveiro. Eles tiravam o paciente da cama em dois funcionários, um pegando pelos braços e outro pelas pernas do paciente e o colocavam no chuveiro, depois ele era transferido para outro lençol limpo, também no chão, onde eram secados por um dos funcionários, enquanto o outro aprontava a sua cama. Depois o paciente era colocado na cama, eles enchiam o paciente de talco e colocavam a camisola. Eles riam de mim, quando eu dizia que o material para o banho de leito eram duas bacias, duas jarras. Foi aí que eu comecei a fazer as luvas de banho, eu pedia para as freiras fazerem, eu fui montando tudo com muito carinho. Eu tinha que encontrar um meio termo entre o que eles faziam e o que a técnica mandava. Um dia eles davam banho no leito, no outro de mangueira, para eles perceberem o que dava mais certo. Nós perdíamos vários pacientes com pneumonia, as velhinhas ficavam roxas de tanto frio, era um afronto (MAZARAKIS, 2009).

De acordo com a entrevistada, essa forma de banho nos pacientes se manteve ainda algum tempo, até que os funcionários passaram a reconhecer que **dar o banho no paciente no próprio leito** despendia menos esforço pessoal, além de evitar possível agravamento do quadro clínico destes. Enfatizou, no entanto que “os funcionários passaram a dar o banho no leito, mas, no início, a cama virava um aguaceiro” (MAZARAKIS, 2009), evidenciando a necessidade do aprimoramento desta técnica.

As práticas exercidas pelos agentes de enfermagem foram sendo aperfeiçoadas a partir também da ênfase dada pelos enfermeiros aos cursos de capacitação. Nesse sentido, Borenstein (2009) procurou a UFSC e com a orientação da professora Alacoque Lorenzini Erdmann, **realizou cursos para atendentes** de enfermagem no início da década de 1980. Internamente, os enfermeiros também **realizavam a capacitação dos agentes de enfermagem**, os quais progressivamente passaram a incorporar os novos

procedimentos (BORENSTEIN, 2009).

Pereira (2009) também evidenciou na fala abaixo que havia uma preocupação maior com o ensino da enfermagem generalista, em detrimento da enfermagem psiquiátrica:

Nós fazíamos muito treinamento, por que o grupo de enfermeiros era muito bom, só que muita ênfase na clínica. Eu lembro que a Lenise tinha um espaço enorme nos cursos para ensinar clínica e para ensinar psiquiatria, nós tínhamos pouco espaço (PEREIRA, 2009).

Decorrente do grande aglomerado de pacientes nas enfermarias, associados ao baixo padrão de higiene, agravado ainda pelo “abandono de si”, característico da doença mental e das precárias condições do HCS, era comum que muitos pacientes internassem, ou posteriormente adquirissem infestações parasitárias. Essa assumiu características epidêmicas na instituição, sendo alvo constante de estratégias de enfrentamento pela enfermagem (BORENSTEIN, 2009; ELIAS, 2009; PEREIRA, 2009).



Figura 40: Aglomeração de pacientes nas enfermarias. (Década de 1970)
Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

O combate à pediculose e outras infestações sempre foi

um problema para os agentes de enfermagem do HCS. As religiosas combatiam a pediculose do couro cabeludo com a pulverização de “Neocid⁸² em pó” na cabeça dos pacientes, e quando não conseguiam deter a infestação, o que era bastante comum, os cabelos eram raspados. Segundo Elias (2009), essa prática comprometia de forma contundente a aparência dos pacientes, especialmente das mulheres. O fato de os **pacientes passarem a comparecer à barbearia e no salão de beleza contribuiu para diminuir a incidência de pediculose**, uma vez, que passaram a ser tratados nesse espaço, o que dava a essa prática um cunho mais social.

Mesmo que fosse necessário raspar o cabelo, ali as pacientes estariam recebendo um cuidado diferenciado, e este processo não se consistiria somente no ato de raspar a cabeça. Eu orientava as pacientes para o auto cuidado e estimulava os funcionários para que sempre que possível, os cabelos fossem cortados, e não raspados (ELIAS, 2009).

No final da década de 1970, com o fechamento do Pronto Socorro Psiquiátrico São José⁸³, houve um aumento

⁸² Neocid (DDT: 1,1,1-tricloro-2,2-bis (4-clorofenil) ethano) foi sintetizado por Paul Müller (Suíça). Era indicado para o combate das infestações por *Pediculus Capitis*, *Pediculus Corporis* e *Pediculus Púbis*. O tratamento consistia na pulverização dos locais contaminados do corpo, roupas e cabeça. Após a pulverização do inseticida na cabeça, era orientado que se enrolasse os cabelos em uma toalha ou um gorro durante varias horas e depois passar o “pente fino”. Este tratamento deveria ser repetido durante sete dias sem que o paciente lavasse a cabeça, somente o corpo a cada 12 ou 24 horas, e procedesse a troca de roupa pessoal e de cama diariamente. Em 1970, o Neocid foi banido dos Estados Unidos, da Suécia e de outros países, em virtude principalmente de preocupações ambientais (longa persistência no solo espalhamento e contaminação à distância, bioacumulação, riscos para a reprodução de espécies e classificado como possivelmente carcinogênico). Como a toxicidade aguda para mamíferos é baixa, o DDT, no passado foi considerado um pesticida seguro. No Brasil, o DDT era largamente usado nos anos 70 e recomendada pela OMS e OPAS como um tratamento efetivo (e seguro) para a infestação por piolhos e para reduzir a transmissão da malária nas áreas endêmicas. Seu uso foi proibido na agricultura, mas permaneceu liberado para o controle das infestações por pediculose até 1997, quando a Fundação Nacional de Saúde (FNS) proibiu seu uso (NEOCID, 2010).

⁸³ O Pronto Socorro Psiquiátrico São José foi criado pelo mesmo grupo de médicos psiquiatras do Instituto Psiquiátrico São José, e durante sua existência na década de

considerável de pacientes no HCS e nesse contexto, a infestação parasitária atingiu índices alarmantes. Pereira (2009) referiu que em 1979, quando de seu ingresso no HCS, havia 1000 leitos e aproximadamente 1050 pacientes. No entanto, no início da década de 1980, após o fechamento do Pronto Socorro, o HCS passou a receber os pacientes que antes eram lá triados, e muitas vezes não chegavam a internar.

Quando fechou o Pronto Socorro de Saúde Mental em São José, nós ganhamos 300 pacientes de uma hora para outra, sem nenhum recurso a mais. Com os mesmos funcionários, com o mesmo sabão a mesma quantidade de comida e roupa, a gente tinha mais trezentos pacientes para dar conta. Nessa época nós investimos bastante nas viagens para mandar os pacientes para casa para poder desafogar um pouco. Para piorar a situação, na mesma época, a Eletrosul estava se instalando na estrada da Colônia, e tinham construído uma caixa de água enorme, não sei com quantos milhões de litros. Quando resolveram encher a tal caixa, eles mandaram cortar a água da colônia, e isso levou dias. Uma coisa que já era precária, de repente não tinha mais. Tínhamos 1300 pacientes e ficamos sem água. Aí não houve como evitar o aumento da pediculose, escabiose e de outras infestações (pereira, 2009).

Muitos pacientes já internavam com pedículos, escabiose, *Tunga Penetrans* e outras infestações que rapidamente se alastravam por toda a instituição. Pereira (2009) relatou que foi estabelecida uma **rotina para o controle de pediculose** e descreveu com ricos detalhes o trabalho realizado no HCS, o qual **resultou no controle total desta e de outras infestações**, até a atualidade.

O piolho incomodava todo mundo. Era sempre assim as freiras e os funcionários

1970, contribuiu para diminuir a demanda de pacientes para internação no HCS (ABELARDO, 2009).

borrifavam Neocid na cabeça de todo mundo e botavam lencinho branco. Era raspado o cabelo dos homens e cortado bem curtinho das mulheres. Todo mundo pegava piolho, diziam que tinha sangue doce, até que um diretor pegou piolho. No dia seguinte ele chamou a Miriam e disse que tínhamos que acabar com o piolho. Ele estava substituindo o Diogo. Quando o Diogo voltou, ele veio com o firme propósito de acabar com os piolhos. Chamou a Miriam e formaram seis comissões especiais. Foi em março ou abril de 1980. Uma comissão para piolho, outra para a limpeza, outra para a lavanderia, enfim para as coisas mais críticas. Fez uma ordem de serviço instituindo as comissões que eram compostas pelos funcionários da limpeza, lavanderia, administração, enfermagem, de todas as áreas de apoio. Era eu, a Ana Lúcia Melo de enfermeiras, o Laudemir dos serviços gerais, a Maria da limpeza e mais duas pessoas que não lembro. A Ana trouxe da Clínica Pinel de Porto Alegre uma fórmula cuja base era o hexacloreto de benzeno. O Diogo conseguiu que o Departamento de Saúde Pública manipulasse esta solução, que foi feita em galões em grande quantidade, mais de 1000 litros. Então nós fizemos todo um estudo e planejamento de combate à pediculose. Sabíamos que não bastava passar o remédio. Foi passado pente fino em todo mundo no mesmo dia e foi constatado que somente duas pacientes não eram portadoras, isso porque elas tinham sido admitidas naquele dia. Tinha um paciente que era careca e só tinha dois fios de cabelo e que também tinha piolho. Instituímos o **mutirão de limpeza**. As camas eram de madeira, de ferro, enferrujadas, os colchões de crina e cheio de bichos, pulgas. Tinha **mutirão de limpeza em todas as unidades**, com cronograma. Além da limpeza na unidade era **passado pente fino em todos os pacientes** e depois a fórmula, por três

dias e se repetia de sete em sete dias, até fechar o ciclo. Tínhamos poucos funcionários, mas todo mundo se mobilizou para acabar com o problema. Todo paciente que internava já era diagnosticado e tratado e também eram detectados e tratados outros tipos de infestações: o piolho da cabeça, do corpo e da região pubiana, além da escabiose que era tratada com benzoato de benzila. Nós reduzimos na primeira semana para 25%, na segunda 2%, depois mantivemos o índice de incidência de pediculose entre 2% e 3% (PEREIRA, 2009).

Este foi um trabalho muito bem sucedido do Serviço de Enfermagem juntamente com o Serviço de Limpeza e Zeladoria do HCS, e foi apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em Brasília (DF) (PEREIRA; BORENSTEIN; ERDAMNN, 1992) e publicado na *Revista Brasileira de Enfermagem* (PEREIRA; BORENSTEIN; ERDAMNN, 1994).

Decorrente da realização desse trabalho e das publicações dele originadas, inúmeras consultas foram requeridas à coordenadora do Projeto de Controle de Pediculose, enfermeira Valdete Prêve Pereira, a fim de ser implementado em outras instituições de saúde do país (BORENSTEIN, 2009).

A existência de poucos profissionais no HCS se constituía em uma realidade para todas as categorias mesmo assim, desde 1971, havia um discurso da direção e do enfermeiro Wilson para a **formação das equipes multidisciplinares com o objetivo de implementar um novo modelo de assistência**. A tentativa de consolidar os profissionais do HCS para esse trabalho foi iniciada por Paula (2009) e Malara (2009) em uma enfermaria, no **projeto denominado de “enfermaria modelo”** em 1972.

Em 1972, a gente fazia grupo com os pacientes Fazíamos uma psiquiatria moderna, terapia de grupo e **iniciamos a assembleia geral** com os pacientes. Desde a época que eu estava como estagiária, eu treinava pessoal em grupo. Não tínhamos lugar para dar aula. Era eu e o Castilho, que era um psicólogo. Nós dávamos aula

embaixo de um abacateiro da antiga Brasília, que era a décima quarta e hoje é a oitava masculina. Tinha um monte de estagiários, era um pessoal iluminado que estudava. A gente tinha grupo de estudo, a gente estudava e fazia **supervisão**. Tinha até um nome bem moderno: **psiquiatria institucional**. A abordagem era multiprofissional, era utilizada pouca medicação para os pacientes e muita atividade terapêutica (MALARA, 2009).

Malara (2009) refere três modalidades terapêuticas utilizadas na assistência psiquiátrica e que exigem um trabalho interdisciplinar. A Assembleia Geral é uma prática bastante utilizada na psiquiatria, e embora não tenha encontrado em bibliografia, uma definição formal, trata-se de uma técnica bastante comum, na qual todos os pacientes de uma determinada unidade ou instituição, são coordenados por um membro da equipe técnica, juntamente com os demais profissionais e funcionários que participam direta indiretamente do cuidado, em conjunto, buscam encontrar soluções para os problemas cotidianos da unidade e das pessoas que nela trabalham.

A supervisão é um instrumento de integração e qualificação das equipes que trabalham em serviços de saúde mental, visando alcançar uma boa prática clínica, articulada para melhor utilização dos recursos institucionais existentes (BRASIL, 2006).

Finalmente, a psiquiatria institucional ou comunitária, citada por Malara (2009), é uma proposta de reformulação do modelo assistencial asilar da psiquiatria, surgida na década de 1970. Esta abordagem restringe-se ao espaço hospitalar e é marcada por adoção de medidas técnico-administrativas com ênfase na melhoria das condições dos doentes mentais. A proposta terapêutica envolve técnicos, pacientes, familiares e comunidade, com vistas ao nivelamento dos papéis atribuídos aos participantes do processo terapêutico, com o objetivo de romper com o instituto do poder (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Paula (2009) resgatou um documento assinado por ele e

datado em 23 de março de 1976, que se constitui em um relatório sobre o trabalho desenvolvido na décima primeira e décima segunda enfermarias, em 1975. Consta no relatório que no segundo semestre de 1975, “havia 167 pacientes internados, e como resultado da política de altas hospitalares” o número de paciente reduziu para 126. Assinalou que devido à “falta de médico nessa enfermaria, o trabalho sofreu uma descontinuidade, aumentando a população para 149 pacientes em dezembro de 1975”. Em janeiro de 1976, a enfermaria contava com 140 leitos e 142 pacientes, os quais eram atendidos por “sete atendentes e um servente no período diurno”, que além das tarefas de enfermagem, atendiam no refeitório.

Essa relação atividade *versus* número de pacientes, “corresponde a cinquenta horas de trabalho na proporção de 0,35 horas por paciente”, conforme explicou Paula (2009). A necessidade de pessoal para tal realidade seria de “280 horas diárias” para as atividades a serem executadas, “incluindo alimentação, cuidados gerais, recreação, praxiterapia, técnicas de condicionamento social”. Ainda nesse relatório, o autor relaciona sugestões para o enfrentamento do problema e aponta como principal o “atendimento por técnicos da área específica”, denotando sua preocupação com a qualidade da assistência pretendida, com o atendimento multiprofissional, e com a utilização de critérios técnico e científico no planejamento da assistência psiquiátrica (PAULA, 2009).

Procurando também transformar as práticas assistenciais, e produzir novas práticas terapêuticas, Corrêa (2009) referiu que deu início a um trabalho ocupacional com os pacientes em 1974, providenciando **um espaço para que desenvolvessem uma horta, cuja produção teria retorno econômico** para estes. Essa ideia foi baseada no fato de que os pacientes desenvolviam várias atividades nos setores de produção do hospital e nada recebiam pelo trabalho. Nessa modalidade terapêutica, os funcionários deveriam acompanhar, auxiliar e estimular os pacientes para participar da atividade. Ao enfermeiro cabia a responsabilidade de supervisão e organização da atividade e dos agentes de enfermagem.

Nessa atividade ocupacional, assim como nas atividades exercidas pela enfermagem, fica evidente a divisão técnica do trabalho, na qual está delimitado quem planeja e supervisiona e quem executa determinadas tarefas. Na enfermagem, devido ao

menor número de enfermeiros existentes na assistência, em relação às demais categorias, a divisão técnica do trabalho sempre representou uma dicotomia, e vem se constituindo em conflito entre os diversos profissionais da categoria. Essa forma de trabalho está institucionalizada na enfermagem e encontra raízes históricas no modelo nightingaleano adotado no país desde o início do século XX.

Gonçalves (2009) assinalou que entendia que o número existente de enfermeiros no HCS, na primeira metade da década de 1970, não permitia que esses desenvolvessem as atividades de cuidado direto, e por isso, não esperava que realizassem técnicas de enfermagem. Para o entrevistado, o enfermeiro tinha como função primordial a formação e informação de todos os demais agentes de enfermagem. Assinalou que reconhece a importância dos enfermeiros em seu papel de formador do pessoal de enfermagem e de supervisor das práticas exercidas, contextualizando em seu discurso a compreensão da impossibilidade de um pequeno número de enfermeiros existentes na época, realizarem os cuidados diretos aos pacientes. Nesse sentido declarou:

O meu discurso era nessa linha, eu não queria enfermeiros para a execução direta dos serviços e sim na educação e treinamento que era fundamental. E tinha nessa área um supervisor que era o Wilson que apitava de todos os lados, era com os médicos, era com os enfermeiros, era com os atendentes. Ele era meio que supervisor da Secretaria de Saúde, muito associado com a gente, tinha uma disposição de trabalho muito grande, ele tinha um discurso muito bom de renovação, inovação, de respeito ao doente mental (GONÇALVES, 2009).

A inexistência ou a pequena quantidade de enfermeiros na assistência foram contextualizadas por Cerqueira (1973, p.3) em uma investigação que realizou sobre a assistência psiquiátrica brasileira no período de 1965 a 1970. No relatório dessa investigação, o autor denuncia que o acentuado número de médicos constantes nas listas dos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos do país era gritantemente maior em

relação “as enfermeiras”. Além disso, assinalou que as “enfermeiras diplomadas, indubitavelmente trabalhavam mais na supervisão e treinamento, do que em rotinas”. Naquela época, no HCS, cada enfermeiro possuía em média duzentos pacientes sob sua responsabilidade técnica.

Pode-se perceber que essa realidade contextualizada por Cerqueira (1973), também era a realidade do HCS, que em sua evolução, até os dias atuais, se mantém. Atualmente existe no Instituto de Psiquiatria e Centro de Convivência Sant’Ana, dezenove enfermeiros para quatrocentos leitos distribuídos em seis enfermarias de longa permanência, dois residenciais terapêuticos, uma unidade de gestão participativa e cinco unidades de internação para pacientes em quadro agudo grave. Com exceção de uma enfermaria, as demais contam somente com um enfermeiro. Em relação a este profissional, o MS⁸⁴ define atualmente, que os hospitais psiquiátricos, tipo IV⁸⁵, nos quais se insere o IPq-SC com suas cinco unidades de internação psiquiátrica, deveria contar com um enfermeiro para cada quarenta pacientes, em todos os turnos de trabalho (BRASIL, 2002).

Em sua fase de construção e até o fim da década de 1960, o HCS foi pensado como uma estrutura capaz de prestar todo o atendimento na própria instituição, evitando que o doente fosse transferido para outras unidades hospitalares. Dessa forma, foi equipado com centro cirúrgico, maternidade, unidade de isolamento para tuberculose, gabinete odontológico e sala de RX (PARAÍSO, 2009; VIANNA FILHO, 2009).

Paraíso (2009) trabalhou no HCS em 1956 como cirurgia geral, e sua fala a seguir, retrata claramente que os doentes mentais, dificilmente eram transferidos para outro hospital, quando necessitavam de qualquer atendimento.

⁸⁴ A Portaria GM/MS nº 251/02, de 31 de janeiro de 2002 institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) o qual se constitui um dos instrumentos de gestão criados pelo Ministério da Saúde para a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica no país (BRASIL, 2002).

⁸⁵ A Portaria n. 52/GM, de 20 de janeiro de 2004 que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) no SUS- 2004; e considerando a nova classificação do PRH instituído pela Portaria n. 2.644/GM, de 28 de outubro de 2009, foi reclassificado os hospitais psiquiátricos de acordo com o porte, nas Classes N I, N II, N III e N IV, em vigor desde novembro de 2009, com base no número de leitos (BRASIL, 2009b).

Eu ia à Colônia uma vez por semana junto com os psiquiatras. Às vezes era de jipe, outras de caminhonete, mas se subia por essas estradas enlameadas e poeirentas da época. Começava meu trabalho na Colônia Santa Tereza aonde chegava por volta de oito horas. Atendia os pacientes que tinham problemas cirúrgicos e os males perfurantes plantares. Numa semana eu operava em Santa Teresa e na outra na Colônia Santana. Dez horas eu já estava na Santana onde eu preparava os pacientes para cirurgia. Lá tinha uma característica curiosa: os residentes do entorno tinham direito ao atendimento. Então eu operei muitos pacientes que não tinham doença mental, eram pessoas da comunidade, não só funcionários, mas os vizinhos. Eram realizadas cirurgias eletivas do tipo de hérnias umbilicais, úlceras gástricas, colecistites ou cirurgias de emergências, para as quais éramos chamados no meio da semana, a qualquer hora, porque os pacientes não saíam de lá, principalmente os de Santa Tereza, onde ficavam os pacientes com hansen. Existia uma barreira muito grande em relação a lepra, até maior que a doença mental. A maior dificuldade era no acompanhamento dos pacientes no pós operatório, e isto era realizado por aqueles que trabalhavam na enfermagem, sem que enfermeiros fossem, até eu ver o paciente na outra semana. O pós operatório era todo ele acompanhado pela “enfermagem”, digamos assim (*faz sinal entre aspás – grifo meu*), que eram irmãs de caridade que ajudavam nas internações, que cuidavam do pós operatórios, telefonando com dificuldade, porque a comunicação telefônica era péssima na época. Às vezes elas mandavam recado, cartinhas que eram respondidas, e às vezes forçavam a nossa ida, trazendo uma complexidade enorme aos meus outros compromissos (PARAÍSO, 2009).



Figura 41: Centro Cirúrgico (Década de 1950)

Fonte: Acervo HCS/lpq-SC.

Essa realidade começou a se transformar a partir da incorporação do HCS à FHSC em 1971, quando este passou a fazer parte da mesma rede hospitalar do Estado. Dessa forma, abriu-se a possibilidade de encaminhar os doentes para outros hospitais, quando apresentavam quadros clínicos mais graves e necessitassem de um atendimento mais especializado. No entanto, de acordo com Gonçalves, (2009), os profissionais tentavam fazer tudo dentro da Colônia, “porque era muito difícil conseguir transferir o paciente para outro hospital”.

A resistência oferecida pelos profissionais de outros hospitais para receber os pacientes do HCS foi contextualizada por todos os entrevistados. O sentimento de rejeição era motivado principalmente pelo medo que sentiam dos pacientes psiquiátricos, mas também pelas precárias condições de higiene destes, que, via de regra, apresentavam infestações parasitárias. Somado a essas condições, os pacientes apresentavam quadros de infecções gastrintestinais graves, que os debilitavam de forma severa, levando-os frequentemente à morte, como pode se compreendido no fragmento da entrevista abaixo:

Certa vez, eu cheguei na “geladeira”, no meio daqueles cubículos. Lá tinha umas quatro ou cinco mulheres, não sei quantas, que estavam com uma gastroenterite muito severa, e uma delas estava morrendo. Eu saí dali apavorado e fui falar com Julio. Ele

perguntou: o que vamos fazer? Eu respondi: acho que nesse caso só tem um jeito, a gente tem que mandar essa mulher para outro hospital. Aí o Júlio entrou em contato com o Hospital Celso Ramos e conseguiu transferi-la. A partir daí, nós começamos a mandar os pacientes para outros hospitais quando necessitavam. Foi como furar um bloqueio (PAULA, 2009).

Essa iniciativa marca mais uma ruptura na história do HCS, pois a partir daí, **passou a ser rotina transferir para outros hospitais**, os pacientes que necessitassem de cuidados especializados.

Dessa forma, alguns serviços que foram criados de acordo com a filosofia da exclusão, ou seja, para que os pacientes não fossem transferidos, foram progressivamente ficando obsoletos. Em 1981, quando iniciei minhas atividades no HCS, não existia mais o isolamento para tuberculosos⁸⁶, pois esses passaram a ser atendidos no HNR; o berçário já havia sido desativado e as parturientes eram transferidas para a MCD para darem à luz; os doentes mais graves já eram transferidos para outros hospitais, e no centro cirúrgico, eram realizadas somente pequenas cirurgias e suturas pelos acadêmicos de medicina, e não havia mais cirurgião no quadro do HCS. Outras estruturas como a olaria e a sapataria também já não funcionavam. A pocilga, o setor de lenha e a padaria funcionavam normalmente e os funcionários contavam com a ajuda dos pacientes na realização das atividades.

Mesmo com o passar do tempo e com a reestruturação da assistência psiquiátrica que inclui o atendimento do doente mental nos hospitais gerais, na atualidade, ocorre ainda a recusa

⁸⁶ Com a desativação dessa Unidade de Isolamento, posteriormente, em meados da década de 1980, nesse espaço foram colocados os pacientes (crianças) portadores de doença mental, o qual foi denominado de UNIFANTE. Anos mais tarde, já na década de 1990, essa unidade também foi desativada passando a abrigar as pacientes femininas para tratamento de curta permanência. Na virada do século XX, em 2003, essa unidade que era identificada como “Quinta Feminina”, foi reformada e reinaugurada, recebendo o nome da enfermeira Sonir Malara (Unidade Sonir Malara) em homenagem por seus serviços prestados à instituição, e também referenciada como a primeira enfermeira que permaneceu no HCS durante toda a sua vida profissional, até sua aposentadoria (NOTA DA AUTORA)

ou resistência, por parte dos profissionais de saúde de outros hospitais para receber os pacientes psiquiátricos encaminhados pelo IPq-SC. Infelizmente, ainda hoje, os pacientes psiquiátricos, mesmo estando em condições adequadas de higiene e sem infestações parasitárias, são alvo de gracejos, descaso, discriminação e abandono nos hospitais gerais, e até em alguns serviços ambulatoriais. Decorrente dessa situação, é comum que enfermeiros responsáveis pela supervisão de enfermarias dos hospitais da rede do Estado, solicitem que seja deslocado um auxiliar ou técnico de enfermagem do IPq-Sc para acompanhar e permanecer com o paciente, quando transferido.

Surge daí, uma reflexão pessoal, quanto à proposta de atendimento do doente mental em todos os dispositivos assistenciais comunitários, de acordo a política nacional. Faz-se necessário o conhecimento e aderência dos profissionais de saúde, em todos os cenários para que esse pressuposto se efetive. Para o alcance desse objetivo urge a necessidade do desenvolvimento de estratégias que perpassem pela construção e consolidação de uma política de saúde mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o SUS. Isso requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, que valorize e considere a importância do trabalhador, em todas as esferas que incorporam o ato de cuidar. Dessa forma, torna-se necessário promover a capacitação e qualificação dos profissionais de saúde em todos os níveis de escolaridade, em todos os cenários, através da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção e aperfeiçoamento teórico e científico, além de incentivar o intercâmbio dos diversos saberes existentes nos serviços de saúde.

Diante dessa necessidade, atualmente consta no Plano Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina, o indicativo para que sejam viabilizados em parceria com o MS, escolas de nível médio e superior, cursos de aperfeiçoamento, capacitação e especialização em nível médio e de pós-graduação em saúde mental. Essa estratégia tem por objetivos a estimular a adequação do currículo de cursos universitários em diversas áreas e ampliar a oferta de profissionais capacitados para a nova realidade criada pela Reforma Psiquiátrica. Visa ainda, estimular a transformação da rede de campo de estágio em saúde mental, com a ampliação da atenção sob a nova concepção de

assistência e incentivar a prática interdisciplinar, considerando a atuação da equipe de saúde nos diferentes campos de saber (SANTA CATARINA, 2008).

A grande demanda de pacientes encaminhados para internação no HCS se configurou no principal problema dos profissionais da instituição, desde a sua criação, perpetuou-se ao longo de sua existência, e permanece até os dias atuais. Esta realidade evidencia que apesar das mudanças políticas e filosóficas acontecidas ao longo dos anos, impulsionadas pelos movimentos reformistas acontecidos no país, em Santa Catarina e na instituição, a cultura manicomial, associada à ainda, insuficiente rede de serviços alternativos ou substitutivos ao hospital, é um desafio a ser enfrentado constantemente.

Desde 1941, relatórios dos diretores do HCS apontavam o aumento sucessivo de internos e juntamente com essa constatação, a solicitação de aumento da área física do hospital psiquiátrico para receber cada vez mais pacientes (SANTOS, 1994; TEXEIRA, 1993). Já a partir da década de 1970, o discurso oficial dos diretores da instituição (GONÇALVES, 2009; RIBEIRO, 2009; VIANNA FILHO, 2009;) reiterava constantemente a necessidade de diminuir o número de internos, solicitação de reformas e adequação do ambiente com vistas a melhor qualidade de vida da população internada.

Dessa forma, durante a década de 1970, várias foram as estratégias traçadas e implementadas. Havia na época uma política da OMS/OPAS/MS para a reestruturação da política de saúde mental no país, que provinha do movimento mundial como reflexo do processo da Reforma Psiquiátrica Italiana instituída por Franco Basaglia. No Brasil esse movimento começou a ser comentado na década de 1970 e tinha como principal proposta modificar o cenário dos hospitais psiquiátricos, promoverem a saída de pacientes das instituições e inseri-los em dispositivos assistenciais territorializados (BRASIL, 2005).

Ao assumir como Secretário de Estado da Saúde em 1971, Paraíso (2009) propôs a reformulação da assistência psiquiátrica através de orientações recebidas da OMS/OPAS/MS. No entanto, todos os profissionais que foram admitidos no HCS, decorrente dessa reformulação, evidenciaram em seus discursos que as mudanças desejadas e implementadas foram acontecendo por iniciativa de pessoas da nova direção, movidas por sentimentos humanos, pois, até então, não se falava em

reforma psiquiátrica no Estado.

Malara (2009) referiu que existia uma orientação da OMS voltada para seguir “as normas da verdadeira psiquiatria que incluísse maior respeito ao paciente, mais conforto nas dependências do hospital psiquiátrico, nas internações, mas não se falava em reforma psiquiátrica” com essa designação.

Sobre esse aspecto, Gonçalves (2009) referiu que, como aluno também, “ouviu alguma coisa sobre este assunto na faculdade”, no entanto, a expressão “reforma psiquiátrica” não era utilizada. Acrescentou que:

nada acontecia no Brasil, tudo ficava só no discurso de algumas pessoas, em alguns encontros, dizendo que era preciso mudar, e até sinalizando com a experiência italiana e dos Estados Unidos, que já tinham feito também psiquiatria comunitária. Até se ouviu falar de pessoas que começavam a “gritar” sobre a necessidade de mudanças, e teve psiquiatras brasileiros à frente, absolutamente inseridos naquele modelo, e que fizeram muitos discursos, que era uma necessidade de cuidar do doente mental como cidadão, por que o que se oferecia na verdade para o atendimento era um total desrespeito com a cidadania. Mas eu diria que as mudanças aqui processadas foram mais em cima da percepção e da visão de cada um, de que aquilo não podia continuar, e não porque vieram informações ou determinações para isto (GONÇALVES, 2009).

Corrêa (2009), Gonçalves (2009), Malara (2009) Paraíso (2009), Paula (2009) e Vianna Filho (2009) fizeram parte da mesma geração acadêmica, e segundo relataram, não receberam informações na época, sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos e dos movimentos mundiais e nacionais em prol de mudanças na assistência psiquiátrica, durante a formação acadêmica. O contato com a realidade dos hospitais psiquiátricos e a adesão ao movimento de transformação, passaram a fazer parte da vida profissional desses personagens, como consequência da política estadual planejada pelo Dr.

Prisco Paraíso no governo de Colombo Machado Salles, em 1971.

Apesar de não haver uma notoriedade para os novos paradigmas na assistência psiquiátrica, os discursos evidenciam certa alienação ao que já vinha acontecendo no mundo, em especial na Itália. Na verdade, Gonçalves (2009), Paraíso (2009), Paula (2009) e Vianna Filho (2009) deixaram claro que se lançaram ao desafio de mudanças, motivados por sentimentos de solidariedade com o doente mental e orientados pela OPAS e MS. No entanto, as informações permaneciam num círculo de poder, e não eram democratizadas, nem na mídia, nem na universidade, ou mesmo dentro da instituição, onde os poucos técnicos existentes foram mobilizados pelas ações engendradas por essa equipe, e não por força da notoriedade de um movimento político social.

Os movimentos libertários em prol da democracia e de acesso aos meios de comunicação surgidos no período pós-ditadura militar dos anos 1970, tinham um forte conteúdo anárquico e contracultural, na medida em que se rebelavam contra todo processo de normalização e institucionalização do poder, visto como rede de macro e micropoderes. A ditadura imprimia um conjunto de práticas sociais que tinha por objetivo subordinar a uma ordem que reproduzia a dominação através do macropoder do Estado. Neste contexto, o Estado determinava os comportamentos e símbolos permitidos. A luta pela democratização político-social imprimida pelos movimentos revolucionários pós-ditadura militar surgiu como possibilidade de “desalienação da população” por meio da participação popular, da desmistificação e enfrentamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder (FLEURY, 1997, p. 27), e nesta perspectiva urgiu o movimento de trabalhadores em saúde mental.

Nas décadas de 1960 e 1970 que antecederam o protagonismo dos movimentos que desencadearam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, as internações nos hospitais psiquiátricos do país assumiram proporções alarmantes. Observando a estatística de internações psiquiátricas ocorridas no Brasil no quinquênio de 1965 a 1970, Cerqueira (1973, p. 2) contabilizou 128.123 primeiras entradas e readmissões somente na rede particular em 1970, e 128.062, nos hospitais contratados pelo INPS. O autor chama a atenção para a “distorção” existente, pois

“enquanto no mundo inteiro, diminui a população internada, o que se atribui ao uso dos psicofármacos, no Brasil, quanto mais os ministramos, mais doentes metemos nos hospitais psiquiátricos”. Nesse relatório o autor aponta ainda, que no ano de 1974, internaram no HCS 2.775 pacientes (oito pacientes/dia) e no ano de 1979, internaram 2.689 (sete pacientes/dia).

Nesse mesmo relatório encontram-se estatísticas de internações psiquiátricas em todos os hospitais brasileiros de 1965 a 1970, elencando uma série de fatos significativos ocorridos no período, na área de saúde mental, que contribuíram com o aumento de internações. Apesar do grande número de internações registradas em Santa Catarina, o autor destaca no item “f” do relatório, o indicativo de mudança no cenário catarinense:

O hospital público estadual já foi chamado “o hospital esquecido”. [...] Vários Estados já estão realizando reformas, outros planejando-as. Alguns ainda não se deram conta, porém, de sua problemática assistencial [...]. Já se cogita até de psiquiatria de comunidade. Santa Catarina e Pernambuco tiveram ajuda da OPAS/OMS para cursos breves, em moldes pedagógicos não tradicionais, de psiquiatria para médicos não psiquiatras. Objetiva-se atendimento precoce, sem deslocar os pacientes, sem marginalizá-los (CERQUEIRA, 1973, p. 9).

No tocante à procedência da clientela encaminhada para tratamento/internação psiquiátrica no HCS, os relatórios do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HCS/IPq-SC mostram que a proximidade com a instituição de alguma forma contribuiu para que as internações nos municípios da Grande Florianópolis (próximos ao HCS) sempre fossem significativamente maiores. Foucault (2004, p. 349) refere que a prova psiquiátrica é a entrada do indivíduo no hospital, de onde ele não pode mais sair, “não porque a saída está longe, mas porque a entrada está demasiado próxima”.

Para diminuir o número de internações era necessário implementar uma série de medidas no HCS, entre elas, “fechar a porta de entrada”, o que dentro do contexto de saúde mental da

época, seria imprevisível ou difícil de alcançar. Dessa forma iniciou-se na década de 1970 no HCS, um amplo **movimento de desospitalização** através de duas importantes estratégias: primeira, **prevenir a institucionalização encurtando o tempo de internação e promovendo a saída dos pacientes internados por longo período no hospital, e a segunda, estabelecer critérios mais rigorosos para internação** (GONÇALVES, 2009; PAULA, 2009, VIANNA, 2009).

Isto significava começar a dizer não para as internações eminentemente de cunho social. Na triagem se fechava a porta e dizia agora entra, agora não entra, só vai entrar quem precisa e para isso o Wilson, os outros enfermeiros e os médicos, foram de fundamental importância, fazendo a avaliação clínica e psiquiátrica de toda a população internada. Aqueles 2.000 doentes tiveram análise social para identificação dos que tinham condições de seguimento para tratamento em ambulatórios (GONÇALVES, 2009).

“Frear a porta de entrada e abrir a porta de saída”, essa foi a solução que causou um impacto imediato. Quem estava na triagem passou a recusar não somente as internações eminentemente sociais, mas também, mulheres grávidas nos últimos meses de gestação e crianças. Para encaminhar os pacientes que obtiveram alta hospitalar aos seus municípios, foi **estabelecido um cronograma, no qual eram realizadas duas viagens** por ano para os municípios mais distantes da capital do Estado, e várias viagens para os mais próximos (CORRÊA, 2009; GONÇALVES, 2009; MALARA, 2009; PAULA, 2009).

Assim sendo, em 1981, o HCS possuía 859 internos (ACERVO HSC/IPq-SC, 2010). Mesmo com muitos problemas ainda para serem enfrentados, a instituição com seus protagonistas, galgou passos corajosos rumo a diversificadas transformações na assistência, em especial na enfermagem, no período de 1971 a 1981, conforme relatos e documentos apresentados.

5.4.2 Transformações administrativas, estruturais e nos recursos humanos na enfermagem e no Hospital Colônia Sant'Ana e seus reflexos na psiquiatria catarinense

A partir da reestruturação administrativa do HCS com sua incorporação à FHSC, ocorreu o ingresso de novos profissionais e o conseqüente surgimento da enfermagem profissional. Conforme visto anteriormente, até 1971, havia no HCS somente 90 funcionários, na sua grande maioria, sem formação específica e escolar para as atividades que exerciam e que moravam próximo à instituição.

Para aumentar o contingente de recursos humanos e modificar o perfil dos agentes de enfermagem sem formação técnica específica, bem como de outros setores, pela primeira vez na história do HCS, em 1972, houve a **contratação, via concurso público, de vários funcionários para atuar na enfermagem**, e foram admitidos vários atendentes, conforme evidenciado no discurso abaixo:

Quando a Colônia passou para a Fundação, logo após, em 1972, abriu o concurso para o pessoal de nível médio. Até então, não havia concurso, e as pessoas eram escolhidas para trabalhar na base do conhecimento e indicação política (PAULA, 2009).

O concurso público realizado em 1972 não foi específico para o HCS, determinando que muitas pessoas que prestaram tal concurso, ao serem admitidas, logo solicitassem transferência para trabalhar em outra unidade hospitalar da FHSC, ou seja, faziam do concurso somente um acesso para o sistema público. Para mudar essa situação, Paula (2009) solicitou à FHSC a **realização de um concurso público específico para o HCS**, o qual só aconteceu em 1975. Assim, os candidatos ao se inscreverem, sabiam previamente que iriam trabalhar no hospital psiquiátrico, e dessa forma muitas pessoas que não moravam no bairro, ou em suas proximidades, passaram a ser contratadas.

Esta transformação na forma de contratação dos funcionários de nível médio, além de **modificar o perfil do pessoal da instituição**, contribuiu para transformar também, o

perfil das pessoas da comunidade. Esse acontecimento propiciou a entrada de novos hábitos culturais na localidade e na instituição, como a moda, linguagem e acesso a novas informações, pois os moradores do bairro Colônia Santana começaram a dividir o espaço de trabalho e da vida comunitária com outras pessoas, com modo de vida mais urbano. Concomitantemente, muitas pessoas vindas de outras localidades absorveram também o modo de vida rural do bairro Colônia Santana, inclusive passando a morar na comunidade, para facilitar o acesso ao hospital (CORRÊA, 2009; PAULA, 2009).

A partir do ingresso do enfermeiro, **deu-se início a organização administrativa do serviço de enfermagem** da instituição. Melo (2009) referiu que a entrada de vários enfermeiros “propiciou uma **organização dos organogramas**, não só do serviço de enfermagem, mas também de outros serviços e da Direção”. Até 1972, o serviço de enfermagem não existia no organograma do hospital e conforme assinalou, apenas depois da entrada dos enfermeiros, aconteceu esta inserção, referindo: “O serviço de enfermagem já fazia parte do organograma dos outros hospitais da Fundação, e na Colônia não”.

De acordo com Melo (2009), o HCS foi dividido em: Sessões (áreas de apoio) e Serviços (enfermagem, serviço social, administrativo e médico). O modelo foi organizado com base na bibliografia existente sobre o assunto e nas outras instituições da Fundação, e sua construção foi amplamente discutida com Júlio Gonçalves, diretor na época.

Melo (2009) referiu que na **organização estrutural do Serviço de enfermagem criou três setores**: Setor de Enfermagem em Clínica Médica, Setor de Enfermagem Psiquiátrica e Setor de Educação em Serviço, os quais se mantiveram até a atualidade. Para cada setor, Melo (2009) **estabeleceu as competências específicas e designou um enfermeiro para coordenar cada setor**.

Ao enfermeiro responsável pelo setor de enfermagem clínica cabia a supervisão da unidade de clínica médica, pedido de material para o desenvolvimento de atividade clínicas de modo geral e capacitação dos funcionários para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem; ao enfermeiro responsável pelo setor de enfermagem psiquiátrica coube a

organização do campo de estágio, uma vez que, o HCS passou a ser utilizado, inicialmente pelas turmas de enfermagem e medicina da UFSC, e gradativamente, por outras turmas e escolas. Finalmente, ao enfermeiro responsável pelo setor de educação em serviço, coube a tarefa de promover a capacitação de pessoal para atuar na enfermagem psiquiátrica do HC (MELO, 2009).

Melo (2009) referiu ainda, que **criou uma secretaria de enfermagem** e designou uma atendente como secretária. Considerou que recebeu subsídios suficientes durante a faculdade para exercer o gerenciamento de enfermagem no HCS. Acredita que a teoria recebida na cadeira de administração, mesmo de forma generalista, foi a base para seu trabalho, pois para ela, embora não tenha recebido conhecimentos específicos para gerenciar um serviço de enfermagem psiquiátrica, os fundamentos teóricos podem ser adaptados à realidade de cada local. Declarou:

na verdade, nós saímos como enfermeiras generalistas, e nos adaptamos de acordo com o local que trabalhamos, mas no fundo a prática é quase a mesma. A gente tem que ter uma secretaria e os arquivos bem organizados. Guardar todas as comunicações, ofícios dos enfermeiros das unidades, as supervisões realizadas e tudo o mais. Tudo o que eu aprendi na administração geral não era muito diferente na psiquiatria e até hoje não mudou muito. Claro que na psiquiatria a gente lida com outro tipo de paciente, e pelo fato de os pacientes conviverem conosco, eles entram na nossa sala, temos uma comunicação direta com eles. No hospital geral o paciente fica sentado, deitado na sua cama, e nós da chefia, temos uma comunicação indireta. No gerenciamento da enfermagem psiquiátrica, nós tínhamos que lidar direto com o paciente, e por isso é muito importante a gente ter uma boa comunicação com ele, para poder cuidar. A chefe de serviço lida com muitos documentos, mas ela deve saber liderar a sua equipe e lidar também com os pacientes no dia-a-dia. E

depois, eu não era só chefe de enfermagem, eu também tinha a minha enfermaria de supervisão e participava da assistência.

Melo (2009) fala na comunicação com o doente mental como um instrumento utilizado pelos enfermeiros no cuidado em enfermagem psiquiátrica. De acordo com Costa (2002, p. 62), o cuidado em enfermagem psiquiátrica tem alguma especificidade que difere do cuidado da enfermagem generalista, que é instruído para atender as necessidades biopsicossociais do paciente. Na enfermagem psiquiátrica, o principal, senão o único instrumento utilizado é o conhecimento específico e a habilidade do próprio profissional em multiplicar em seu campo de atuação uma tecnologia de sensibilidade. Em razão desta situação, ele necessita ser um profissional com um desenvolvimento pessoal mais completo, com uma compreensão especial da mente humana e conhecimento capaz de estabelecer relacionamentos terapêuticos saudáveis, produzindo novas possibilidades de reabilitação psicossocial.

Stefanelli (2008) assinala que a enfermeira na assistência psiquiátrica necessita desenvolver a comunicação, e que isto inclui um processo de aprendizado. Referencia Hildegard Peplau⁸⁷ como a criadora de um novo marco conceitual para a sistematização dos cuidados que prestavam, em particular, no campo da enfermagem em saúde mental. Sua teoria está centrada na importância da relação enfermeira paciente e suas idéias acerca da enfermagem são originadas nos conceitos de desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais e na teoria da aprendizagem.

⁸⁷ Hildegard Peplau é conhecida como a “enfermeira do século” e “mãe da enfermagem psiquiátrica”, pois, seus principais trabalhos teóricos e clínicos foram desenvolvidos em diversos campos da enfermagem psiquiátrica (COSTA, 2002).

De acordo com a autora, todo o trabalho da vida de Peplau teve como foco a teoria interpessoal de Harry Stack Sullivan e em aspectos importantes da psicologia de Erich Fromm e Frieda Fromm-Reichmann, Maslow e Sigmund Freud. Sua teoria tem grande aceitação até os nossos dias e suas hipóteses vêm sendo comprovadas, principalmente nos trabalhos da enfermagem psiquiátrica (STEFANELLI, 2008).

Hidalgard Peplau foi a primeira enfermeira a publicar uma teoria após Florence. Em seu livro, “Interpersonal Relations in Nursing”, ela descreve o processo de relacionamento interpessoal como “sendo uma força que leva ao crescimento da enfermeira e do cliente e discute métodos para o estudo da enfermagem como um processo interpessoal” (PEPLAU, 1952. p. 235).

No final do **primeiro semestre de 1972, o serviço de enfermagem estava constituído por sete enfermeiros**, contando com o enfermeiro Wilson, além de oito religiosas e vários atendentes. Não foram encontrados registros do quantitativo dos demais funcionários de enfermagem existentes no HCS nessa época, embora Paula (2009) tenha feito referência que o quantitativo inicial de 90 funcionários, sofreu considerável aumento, após a realização dos concursos, além de assinalar que **ingressaram também, vários atendentes de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, até então inexistentes na instituição.**

De acordo com Gonçalves (2009), a entrada desses novos funcionários possibilitou a **distinção de duas novas categorias profissionais**, que passaram a ser gerenciados por instâncias também distintas, com o objetivo de disciplinar suas atividades:

Os guardas homens passaram a ser gerenciados pelo administrador exercendo atividades de segurança, enquanto as mulheres que eram vigilantes passaram a ser atendentes e tiveram suas atividades reguladas pelos enfermeiros (GONÇALVES, 2009).

O entrevistado evidencia na fala acima, o esquadramento hierárquico se estabelecendo a partir do ingresso de novas categorias profissionais. A admissão de atendentes e

auxiliares de enfermagem, marca a ruptura necessária e permanente, da enfermagem como vigilante.

A mudança do perfil populacional da comunidade e do hospital interferiu também na questão histórica de concessão de benefícios para as pessoas trabalharem no HCS. Corrêa (2009) contextualizou esse aspecto referindo que o fato de contratarem pessoas da comunidade para trabalhar na instituição se reproduziu em vários estados brasileiros como fruto de uma política instituída no país:

Foi assim no Rio de Janeiro, em Barbacena, Juiz de Fora, em Minas Gerais. Todos os hospitais colônias tinham a mesma característica: uma área grande ao seu redor para ser ocupada. As pessoas, na realidade, eram convidadas para morarem na área próxima ao hospício, recebiam terra, casa e tudo. Era um método de assistência baseado na ocupação. Hospital Colônia significava produção e autossuficiência, tanto que tinha padaria, horta, plantação de milho, de fumo, verduras, criação de aves, suínos, vaca, boi, tudo. Colônia significava fazer uso do trabalho do paciente como terapia. Este modelo de tratamento foi baseado no método escocês⁸⁸ que previa que o paciente fosse colocado para trabalhar no hospital ou para

⁸⁸ “O modelo denominado de colônias de alienados inspirou-se na história na pequena aldeia belga de Geel” que costumava receber alienados em regime de liberdade parcial. A história oscila entre verdade e lenda, com início no século VI, na Irlanda. Consta que um rei, obcecado por influências do demônio, tentava seduzir sua filha a princesa Dymfna. Não conseguiu vencer a resistência da filha, que decidiu fugir para a Irlanda, aconselhada por Gereberno, seu confessor. Esse a escondeu na Aldeia de Geel, porém, o pai a encontrou, matou Gereberno e decapitou Dymfna em praça pública. O evento mudou a história da vida da aldeia, pois de acordo com a história, naquele momento, um alienado recobrou subitamente a razão ao assistir à cena. A cura milagrosa do alienado foi associada ao valor moral do ato nobre de Dymfna manifestado por sua resistência e a partir daí, ela foi santificada pelos aldeões de Geel e, posteriormente, pelo Vaticano. Na praça onde ocorreu o filicídio foi construída a igreja de Santa Dymfna, que se tornou a protetora dos alienados e passou a ser local de romarias de doentes mentais em busca de cura. Muitosromeiros permaneciam na aldeia esperando pelo milagre e eram acolhidos pelos camponeses de Geel, sem maiores problemas, pois acreditavam que cumpriam uma função que lhes foi confiada por Deus. Os doentes mentais ajudavam os camponeses nos trabalhos domésticos e agrícolas e participavam da vida da vila, constituindo-se no primeiro modelo de comunidade terapêutica que existe até hoje (AMARANTE, 1998, p.33-34).

trabalhar na casa de um funcionário ou até para morar em sua casa [...]; Os funcionários que vieram para trabalhar, também vieram para morar lá. Esta era a concepção de um hospital colônia (CORRÊA, 2009).

Certamente essa contribuição trazida por Corrêa (2009) tem fundamento, pois de fato, no início do funcionamento do HCS, os funcionários foram beneficiados com algumas vantagens, como terreno, casa, não pagavam energia elétrica, água, e usufruíam de parte do que era produzido dentro do hospital. Porém, à medida que entraram pessoas de outras localidades, via concurso público, e que **o número de pessoas para trabalhar no HCS foi aumentando, essas “vantagens” foram se extinguindo.**

Koerich (2008) abordou bem a questão de benefícios concedidos aos funcionários para trabalharem no HCS, contextualizando que tal prática, foi alimentada pela política clientelista existente em Santa Catarina. A autora descreve como ocorria esse aspecto na instituição e assinala que esses favorecimentos prestados aos funcionários representavam um “prêmio para trabalhar com os doentes e a loucura”:

No projeto de construção do HCS foi previsto a construção de casa para o diretor, administrador, religiosos, médicos, outros funcionários e até mesmo alojamento para as mulheres solteiras (casa das moças) procedentes de outras regiões. Alguns funcionários eram beneficiados com lotes de terra do Estado para construírem suas casas. A política clientelista adotada pelo governo catarinense incluía ainda as despesas referentes ao pagamento de contas de luz e água das residências dos funcionários, o que estimulava as pessoas a virem trabalhar e morar nesta comunidade, que logo ficou formada em sua grande maioria, por pessoas que trabalhavam no hospital e seus descendentes (KOERICH, 2008, p. 56).

Malara (2009) e Paula (2009) assinalaram que não

receberam benefícios adicionais quando iniciaram suas atividades, além da condução e alimentação oferecida pela instituição. Referiram ainda que até 1979, os técnicos **recebiam adicional de 50% sobre o vencimento, porém com o passar do tempo, o benefício foi extinto.**

Como fruto dessa história de concessão de terras e moradia às pessoas para trabalharem no HCS, até o fim da década de 1960, muitos funcionários e seus familiares se fixaram nas proximidades do hospital, ocupando toda área em torno deste, fizeram “usucapião”⁸⁹ das terras, venderam, trocaram ou passaram aos seus herdeiros. Ocuparam espaços que outrora foram ocupados pela olaria, horta, plantação, pocilga, oficina, pensão para mulheres solteiras que trabalhavam na instituição, casa do administrador, do diretor e do médico, o que contribuiu para diminuir sensivelmente a área pertencente ao Estado. Essa realidade alertou um pouco tardiamente os gestores e diretores da SES e do hospital, que atualmente se preocupam em proteger os limites territoriais da instituição que não foram ocupados nesse processo, pois constatam a falta das áreas que foram apropriadas para implementar projetos, como os serviços residenciais terapêuticos⁹⁰, por exemplo.

A primeira metade da década de 1970 foi registrada nessa pesquisa como um período de importantes transformações na saúde mental. Entre os aspectos elencados por Gonçalves (2009), que contribuíram para que importantes transformações se processassem na saúde pública catarinense e no HCS, figura a “universidade como formadora de mão de obra”.

Nesse sentido, o Departamento de Enfermagem da UFSC teve importante destaque, quando em 1974 contribuiu para a **criação da Residência em Enfermagem Psiquiátrica no HCS**, por iniciativa e empenho do enfermeiro e professor Wilson

⁸⁹ O usucapião (do latim *usu + capere*, significa adquirir pelo uso, pela posse) é a aquisição de uma propriedade em decorrência de um lapso temporal. A regulamentação sobre este direito está prevista no Código Civil Brasileiro, Capítulo II da “Da Aquisição da Propriedade Imóvel”, Seção I, Artigos 1.238 a 1244 (LENZA, 2010)

⁹⁰ Serviços Residenciais Terapêuticos são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2010).

Kraemer de Paula, que foi coordenador e preceptor, e deu início à primeira turma em 1975.

De acordo com Paula (2009) a ideia de criação da Residência em Enfermagem Psiquiátrica se deu a partir da realização da II Jornada Catarinense de Enfermagem, na cidade de Blumenau (SC), promovida pela Associação Brasileira de Enfermagem – SC (ABEn-SC) juntamente com a UFSC, no período de 18 a 23 de maio de 1973.

Paula (2009) cedeu a cópia do documento preparado para esse evento pela “Enfermeira Maria Marlene Bernardes de Medeiros”, na época, responsável pela “Seção de Enfermagem do DASP”, no qual a autora discorre sobre o tema central do evento: “Participação da Enfermagem nos Programas de Saúde”.

A enfermeira inicia sua exposição com a seguinte afirmação:

O verdadeiro conhecimento do papel da enfermagem nos referidos programas somente será possível através de estudos da estrutura da mão de obra para o setor saúde, o qual indicará o papel que a comunidade atribui a enfermagem (MEDEIROS. 1973, p. 1).

Neste sentido, a enfermeira relata um estudo coordenado pela Chefa do Departamento de Enfermagem da UFSC, professora Eloita Pereira Neves, na qual foram pesquisadas as possíveis variáveis da participação da enfermagem na saúde pública. Como resultado dessa pesquisa, foi estabelecido diversificadas estratégias de atuação para o desenvolvimento da enfermagem catarinense, a serem desenvolvidas a curto, médio e longo prazo, entre as quais, a elaboração de um “plano de atuação de enfermagem estadual em saúde mental”. Entre outras decisões, esse plano recomendava a existência de um enfermeiro com formação específica em saúde mental, em cada ambulatório do Estado, para compor a equipe de saúde mental (MEDEIROS, 1973).

A década de 1970 marca a construção da democracia política e a mobilização de diversas categorias profissionais por intermédio de suas associações e sindicatos, e surge o “profissional de Saúde Mental”. Desencadeia-se nessa época

uma ocupação permanente dos espaços existentes na sociedade nacional, mantidos ainda nos tempos atuais, denunciando a violência, a segregação, a repressão e as condições subumanas nos hospitais psiquiátricos e, a inexistência de uma política nacional de Saúde Mental. O novo tempo de redemocratização permitiu nascer na vida institucional, um dos mais importantes movimentos de defesa e transformação histórica do hospital. Debates internos e assembleias mobilizando todas as categorias profissionais foram realizados, denunciando as precárias condições de vida dos pacientes, do trabalho dos técnicos e o modelo estadual de assistência psiquiátrica. Em vários estados brasileiros, a existência e as condições dos hospitais psiquiátricos evidenciavam a insensibilidade do poder público, distanciada da sociedade, carregando o peso da visão exclusivista e preconceituosa da doença mental (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Em setembro de 1973, ocorreu em Florianópolis, o 1º Encontro Regional Sul e Sudeste em Saúde Mental, uma das primeiras iniciativas nacional dos trabalhadores em saúde mental, em prol da mudança assistencial. De acordo com Paula (2009) participaram profissionais dos estados de São Paulo, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Espírito Santo e foi traçada a política que repercutiu no país inteiro, e que os técnicos de Porto Alegre (RS) deram prosseguimento, fizeram a reforma e levaram os louros, mas nós já tínhamos feito na prática primeiro, aqui em Santa Catarina”.

Não registramos esse trabalho realizado, pois basicamente tínhamos muitos afazeres e pouco tempo para pensar, para escrever, e registrar tudo. Daí a importância de trabalhos como este que você vai desenvolver, e isto eu quero ressaltar e também quero saudar e agradecer esta oportunidade de estar conversando contigo e dizer da importância de vocês estarem fazendo um trabalho deste tipo, pois existe uma grande lacuna na história da psiquiatria catarinense que precisa ser preenchida (GONÇALVES, 2009).

Muitas das estratégias estabelecidas para a transformação das condições no HCS e reversão do modelo hospitalocêntrico

iniciaram já nos primórdios da década de 1970, com a equipe estruturada por Prisco Paraíso. No entanto, apesar de não ter sido documentada adequadamente,

Devera e Costa Rosa (2007, p. 60-79) apresentam os principais marcos da reforma psiquiátrica brasileira. Apontam Luiz Cerqueira, como um dos principais atores desse processo, Referem que o primeiro movimento pela transformação da Saúde Mental ocorreu em 1967, no Rio Grande do Sul, cujos princípios foram consignados na “Ata de Porto Alegre”. Nesse, pela “primeira vez, se falou em criação e ampliação da rede extra-hospitalar” e na necessidade de “reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais, integração da Saúde Mental à Saúde Pública e aceleração dos programas de formação de pessoal”.

De acordo com os autores, outros eventos sucederam a essa iniciativa do Rio Grande do Sul:

1. I Conferência de Saúde Mental das Américas (Texas, 1968): ocorre a ratificação das propostas da Ata de Porto Alegre, acrescentando a sugestão de “realizar estudos epidemiológicos” e se fala pela primeira vez, na “criação de serviços de modalidade comunitária”;
2. Encontro de Viña del Mar (Chile, 1969): o ministro da Saúde do Brasil, presente ao encontro, ressalta a proposta de implantação de um “Sistema de Psiquiatria Comunitária no Brasil”;
3. Congresso Brasileiro de Psiquiatria (São Paulo -1970): evento realizado em conjunto com a Associação Psiquiátrica Latino-Americana, no qual foi dado ênfase para a criação de um organismo normativo de âmbito nacional com liderança efetiva e reafirma-se o objetivo de criação de uma rede de serviços extra-hospitalares;
4. II Congresso Brasileiro de Psiquiatria e a III Reunião de Ministros da Saúde em Santiago do Chile (1972): firmado um “Acordo para a execução de um programa de Saúde Mental no Brasil”, válido até 1974;
5. Aprovação do Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social do Brasil (1973);
6. Encontro dos trabalhadores de saúde mental da região sul e sudeste (Florianópolis 1973) coordenado pela DINSAM: preconizam a consolidação de instrumentos legais adequados à nova orientação assistencial-

preventiva e reafirmam os princípios preventivos comunitários. Presentes os estados: Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Guanabara, Par S, MG, RJ, GB, PR SC e RS.

7. I Encontro Estadual de técnicos de Saúde Mental (USP - São Paulo, 1973): Foram convidadas mais de cinquenta entidades, entre associações e instituições nacionais e estaduais.
8. I Jornada Paulista de Psiquiatria Preventiva (USP - São Paulo, 1975): a DINSAM apresenta o texto enunciando: “Um Programa de Psiquiatria Preventiva para o Brasil”.

De acordo com o exposto acima, o “Encontro dos trabalhadores de saúde mental da região sul e sudeste” ocorrido em Florianópolis em 1973, foi a sexta iniciativa nacional para mudança do modelo assistencial em psiquiatria.

Paula (2009) destacou as principais estratégias divulgadas nesse encontro, evidenciando que de fato o processo, que mais tarde viria a se chamar reforma psiquiátrica brasileira, já estava sendo realizado na prática no estado de Santa Catarina:

a parceria realizada com juízes de direito e os contatos com deputados estaduais para que o processo de desospitalização dos pacientes do HCS fosse viabilizado. Não se falava os termos desospitalização, desinstitucionalização ou reforma psiquiátrica, mas se falava na proposta de diminuição do número de pacientes no hospital, da necessidade de transformar a realidade assistencial de saúde mental no Estado e melhorar as condições dentro da Colônia Santana, e da necessidade de implantação da assistência psiquiátrica comunitária. Tudo isso a gente já vinha fazendo lá na Colônia e divulgamos nesse encontro (PAULA, 2009).

Corrêa (2009), Malara (2009) e Gonçalves (2009) entre outros entrevistados também fizeram referência a esse encontro e de acordo com os depoimentos, é possível afirmar que mesmo que não se utilizasse a expressão “desospitalização, desinstitucionalização ou reforma psiquiátrica”, o trabalho

desenvolvido em Santa Catarina e no HCS, de acordo com os relatos e documentos apresentados, estava totalmente alinhado com os que mais tarde foi efetivado com o nome de Reforma Psiquiátrica Brasileira".

Evidentemente, que todo o processo de transformação envolve diferentes atores em distintos cenários. Nesse sentido, Gonçalves (2009) referiu que para sustentar as transformações que estavam se processando dentro do HCS, e a introdução de um modelo assistencial comunitário em Santa Catarina, foi indispensável "o envolvimento do governo do Estado e de uma Secretaria de Saúde com poder, dando recursos e oferecendo condições. Daí, o surgimento da FHSC na 'Era Prisco Paraíso' foi muito interessante".

De acordo com Gonçalves (2009), entre os aspectos que contribuíram para que "grandes transformações se processassem na saúde pública catarinense e no HCS", estava a contratação de médicos pelo DASP, os quais foram capacitados para o atendimento de saúde mental nos ambulatórios estruturados em todo o Estado, sob a coordenação do médico Abelardo Vianna Filho.

O entrevistado assinalou ainda, que considera o trabalho realizado em parceria com Abelardo Vianna Filho e Wilson Kraemer de Paula, "um marco histórico". Para ele a "primeira grande transformação ocorrida" foi justamente advinda da hierarquização dos saberes. Referiu:

eu e meus colegas enfermeiros estávamos no processo com o mesmo nível de informação. Todos nós estávamos chegando ali, com uma característica: éramos jovens, com espírito de transformação. Acho que nesse aspecto, de ter passado uma nova cultura para a assistência no HCS e no Estado, o professor Wilson foi importante. Ele era um professor, vinha da universidade e, como eu, era empolgado. Às vezes eu me pergunto se a gente não "se passou" um pouco na empolgação, no discurso de começar um novo processo, porque para quem estava no ramo na época era tudo novidade. Mas o tempo passou e nos deixou a convicção, de que na verdade, nós nos antecipamos ao que veio posteriormente.

Éramos um grupo jovem, recém-chegados da escola e acompanhados por outros, também muito jovens, e até talvez, alguém possa dizer que fomos inconsequentes, mas um ano depois que fomos para a Colônia, com calma, reduzimos a população da Santana de 2.156 para 1.100 em 1973, o que significou uma redução de 50% (GONÇALVES, 2009).

Em 1978, Ribeiro (2009) realizou uma **nova organização administrativa no HCS**. Como estratégia, convidou o coordenador de saúde mental do Rio Grande do Sul, Carlos Gari Farias e o psiquiatra Juarez Guedes Cruz, também do Rio Grande do Sul, para ministraram durante seis meses, um seminário para os técnicos, durante o qual, foi realizada uma ampla avaliação da instituição.

Concomitantemente também foram estabelecidas diversificadas estratégias para resolução dos problemas identificados pelos participantes e implementadas variadas modificações na assistência. Entre as propostas de transformação originadas nesse seminário, Ribeiro (2009) referiu que surgiu a “ideia de realizar no HCS, a residência médica para psiquiatras”, que embora não tenha se efetivado na época em que foi diretor, considera que essa ideia foi o “embrião” do que mais tarde se efetivou em 2002, no IPq-SC.

Por meio desse seminário, foi estabelecido um diagnóstico institucional que foi a base para promover “uma reforma administrativa” no HCS. Para essa atividade, foi contratada uma equipe do Centro Empresarial de Administração e Gerência (CEAG) existente até os dias atuais, sendo uma empresa ligada ao Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas (SEBRAE). À época, Adir Vieira Filho que era consultor titular do SEBRAE e seu assessor Dilson Zanata trabalharam nesse diagnóstico durante um ano, e sugeriram uma reforma administrativa para o HCS. Desse trabalho resultou um relatório propondo todas as modificações, alterações de estrutura, de organograma, e serviu de modelo para outros hospitais da FHSC (RIBEIRO, 2009).

Entre as mudanças propostas no relatório, havia a

existência de “um plano de melhor remuneração para o pessoal do Hospital Colônia Sant’Ana, e uma série de vantagens e benefícios para quem fosse trabalhar lá, os quais foram incorporados no salário”. Além do plano de melhor remuneração, as sugestões propostas incluíam a mudança na filosofia institucional e para isso, **Alfredo Mofatt foi convidado para realizar um ciclo de seminários para todos os técnicos do HCS** (RIBEIRO, 2009).

O organograma elaborado para o HCS foi bastante abrangente, incluindo todos os setores, desde a direção geral, clínica e técnica, enfermagem e toda a área técnica e administrativa. Nesse organograma, o diretor técnico mantinha a hierarquia sobre o serviço de enfermagem, SAME, serviço social e outros serviços da área técnica. A direção administrativa estava vinculada diretamente à direção geral e continuava sendo ocupada por pessoas sem formação específica na área, mas com forte indicação político partidária. No serviço de enfermagem esse organograma não trouxe mudança, uma vez que permaneceram os três setores já definidos pela enfermeira Elisabete Melo, em 1972 (BORENSTEIN, 2009).

Encontrei também nos arquivos do hospital um caderno fartamente documentado com fotos e dados estatísticos, elaborado pelo Dr. Diogo Ney Ribeiro, em 17 de janeiro de 1979, quando completava 21 meses como Diretor no HCS. Trata-se de um relatório de gestão, no qual descreve os problemas encontrados na instituição em 1977, quando assumiu a direção, bem como, as diversificadas providências tomadas. Entre as muitas informações encontradas nesse relatório, o Diretor faz referência a inexistência de um organograma efetivo para a instituição e de sua conseqüente reestruturação, no qual foram **criados “48 cargos novos”** que foram preenchidos por funcionários que até então disputavam 20 chefias ao todo, existentes na estrutura orgânica anterior (RIBEIRO, 1979, p. 16).

De acordo ainda com esse documento, foram realizadas **várias reformas e adequações no espaço** físico do hospital, adquirida a central telefônica (modelo PBX) que inicialmente funcionou com 30 ramais. Foram **adquiridos vários equipamentos** no valor de Cr\$ 700.000,00. (setecentos mil Cruzeiros), entre os quais, uma ambulância, novos equipamentos para a padaria, sala de reuniões, máquinas de escrever, ventiladores, aquisição de um novo aparelho de RX, microscópio,

entre outros.

Na área de recursos humanos, o diretor Diogo Ney Ribeiro incluiu os “treinamentos” realizados para os técnicos da instituição e para os funcionários de nível médio, destacando ainda a **criação do serviço de terapia ocupacional**. Consta ainda neste relatório a descrição do **número de funcionários existentes na instituição em janeiro de 1979, o qual totalizava 428 pessoas**.

De acordo com o quadro de funcionários apresentado nesse relatório, nessa época, havia **6 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem, um auxiliar e 114 atendentes de enfermagem, além de 9 irmãs auxiliares**, 3 dentistas, 8 assistentes sociais, 21 médicos, 2 farmacêuticos entre outros (RIBEIRO, 1979, p. 16).

No quantitativo de recursos humanos existente no HCS em 1979, observa-se o grande número de atendentes de enfermagem na assistência, o que refletia a realidade dos hospitais brasileiros na época. A enfermagem enquanto profissão de nível superior só passou a existir em Santa Catarina a partir de 1971, e os primeiros cursos de auxiliar e técnico de enfermagem surgiram respectivamente em 1959 e 1973 (PIRES et al, 2010).

Em 1979 Borenstein (2009)⁹¹ estabeleceu estratégias a fim de instrumentalizar os agentes de enfermagem e demais profissionais com a aquisição de conhecimentos, para o que **firmou uma parceria com a UFSC**. De acordo com a entrevistada, “foi muito difícil viabilizar a participação dos funcionários nos cursos em função do reduzido número de funcionários que permaneciam na assistência”.

Na época, a escala de serviço das enfermarias psiquiátricas era realizada com dois atendentes em cada turno de 12 horas diurnas. Os poucos auxiliares e técnicos de enfermagem existentes trabalhavam na UCM, além de outros atendentes de enfermagem. Diante dessa realidade, ocorria que ao dispensar um atendente da enfermaria para participar do curso, permanecia somente um para cuidar de oitenta, cem ou até mais pacientes. Porém, independentemente dos possíveis prejuízos a uma assistência já “prejudicada” pelo quantitativo

⁹¹ A enfermeira Miriam S. Borenstein prestou concurso para o Curso de Mestrado na UFSC, em setembro de 1978, e iniciou o curso em 1979 (BORENSTEIN, 2009).

existente de pessoal, agravados pela ausência de qualificação formal, **vários funcionários realizaram o curso** e, de “certa forma, foi uma oportunidade para eles, pois, até então, não tinham vivenciado uma experiência profissional orientada por uma universidade” (BORENSTEIN, 2009).

Quanto à formação dos profissionais graduados que trabalhavam no HCS em 1979, Borenstein (2009) assinalou que a maioria não tinha formação específica para trabalhar em psiquiatria. De acordo com a entrevistada, **algumas assistentes sociais e a enfermeira Sonir já haviam realizado Especialização em saúde Mental, e o enfermeiro Josel, realizou o Curso de Mestrado.**

Segundo Ribeiro (2009), as possibilidades de formação específica eram poucas no país, e de difícil acesso, pois esta exigia que os interessados se deslocassem para outros estados. Assim, poucos médicos tiveram oportunidade de ingressar em cursos de pós-graduação na área de saúde mental. A grande maioria dos médicos obtinha o título de especialista através da prova realizada junto à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Entre as importantes transformações ocorridas na primeira metade da década de 1970, encontra-se também a **organização do Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME)** do HCS em 1974. Vale salientar que até esse ano não havia estatística oficial na instituição, e os poucos registros eram realizados manualmente e de forma bastante precária (GONÇALVES, 2009).

Gonçalves (2009) referiu que no processo de organização do SAME foi fundamental o trabalho realizado por uma funcionária chamada Dalva Coelho. Nessa época, foi **criado um modelo de prontuário e arquivo** trazido do Instituto São José, cuja base vigora até a atualidade, embora tenha passado por sucessivas atualizações, acompanhando o desenvolvimento e uso de novas intervenções terapêuticas na instituição.

Outra reforma realizada ainda na primeira metade da década de 1970, por iniciativa de Paula (2009), e que se mantém estruturalmente até hoje, foi o **deslocamento dos banheiros (bacias e chuveiros) para os fundos das enfermarias**, pois anteriormente eram localizados no centro, entre uma ala e outra. Essa localização contribuía com a proliferação do mau cheiro e da sujeira nas enfermarias.

Para Corrêa (2009), as mudanças que vieram a ocorrer no

HCS devem ser mostradas para que o enfermeiro “seja mais valorizado”. Em sua opinião, foram os enfermeiros os principais protagonistas das grandes transformações, e que foi graças ao trabalho desses profissionais que muitas práticas indevidas acabaram. Entusiasmado com a ideia de eu estar narrando a história da enfermagem profissional no HCS, com foco no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, o entrevistado se esmerou no discurso para falar dos trabalhos realizados, e assim contextualizou:

Agora me diga: quem administrava a Colônia? Tinha administrador, tinha médico, sei lá mais quem. Os médicos que estavam lá não tinham compromisso com a enfermagem como nós tínhamos. Quando nós chegamos lá, eu peguei cinco enfermarias e os médicos não iam lá dentro. Depois veio a tuberculose, e quem é que ficava lá dentro? Então veja bem, nós chegamos, fomos lá, e fomos os para-choques das mudanças. Porque os médicos já estavam lá há muito tempo, tinha vários médicos, mas quem veio de novidade ali foram os enfermeiros. A Colônia teve vários, vários médicos, tinha inclusive oftalmologista, ginecologista, fisiologista, cirurgião, além dos psiquiatras e dos acadêmicos. Tinha professor da UFSC e por que não tinha mudado antes? Só começou a mudar depois que o Wilson entrou (CORRÊA, 2009).

Gonçalves (2009) de forma mais branda que o entrevistado anterior, reconheceu a importância dos enfermeiros nas transformações, referindo tranquilamente: “E foi assim, depois que veio o enfermeiro, novas visões, novos conhecimentos chegaram aqui. Eles vieram com novos conhecimentos”.

Santos, S. (2009) também referiu de forma categórica:

A entrada do Wilson aqui foi muito importante, porque se o Wilson não viesse, no momento que ele veio, com as decisões que ele tomou, muita coisa não tinha acontecido, porque ele já veio com as decisões para mudar. Ele já veio para mudar,

e mudou como todo mundo sabe (SANTOS, S., 2009).

As modificações implementadas no HCS, nos dez anos historicizados nesta pesquisa, provocaram reflexos não somente na instituição, mas também no contexto social e político do estado catarinense, com destaque para a **expressiva diminuição da população internada**. Para Vianna Filho (2009) essa diminuição foi consequência da interiorização da psiquiatria no Estado, pois dessa forma, os pacientes passaram a permanecer em seus municípios: “Nós conseguíamos segurar os doentes nos municípios, tanto é que quando eu deixei a Colônia, em 1975, havia menos de 1000 doentes”.

Em determinado momento da entrevista Corrêa (2009) assim como Gonçalves (2009), esboçou sua satisfação com a realização deste trabalho histórico, pois considera que a entrada da FHSC e as decorrentes transformações, foram “marcos históricos pouco difundidos, pouco conhecidos”.

5.5 AS RELAÇÕES DE SABER PODER NO HCS E NA ENFERMAGEM, NO PERÍODO DE 1971 A 1981

Inicialmente, quando da incorporação do HCS à FHSC, a chegada do novo grupo diretivo no Hospital provocou resistências por parte dos funcionários e religiosas que lá estavam. As irmãs e os funcionários que atuavam na instituição possuíam a experiência e conhecimento de todo o contexto hospitalar. Isso lhes proporcionava um poder sobre o grupo recém-chegado, pois consideravam que possuíam um saber suficiente para o trabalho que desenvolviam. Evidentemente que possuíam um saber, afinal de contas tinham uma longa trajetória no HCS, e era natural que resistissem aos novos conhecimentos e olhassem para os novos profissionais com desconfiança.

A chegada dos novos profissionais, no entanto, vai deslegitimar esse saber tácito acumulado, que se valeu do poder disciplinar religioso como estratégia para edificar a produção do conhecimento. Nesse processo de mudanças para construção de um novo paradigma, quebrou-se a hegemonia do

saber poder médico-psiquiátrico e religioso, à medida que sucessivamente passaram a ingressar outros profissionais no HCS, entre eles os enfermeiros, com seus saberes e poderes.

De acordo com Santos, S. (2009), os funcionários consideravam as irmãs como chefes de enfermagem, mesmo depois da entrada do enfermeiro Wilson. Referiu que estas eram “extremamente rigorosas na execução das tarefas e no cumprimento de horários”. Essa observação foi corroborada por Koerich (2008) em sua pesquisa, quando falou do relógio que as irmãs obrigavam os agentes de enfermagem a usarem pendurado no pescoço, quando estavam de plantão noturno, e no quais os guardas e as vigilantes tinham que registrar o horário a cada 30 minutos, como comprovante de que não dormiram no plantão. De acordo com Santos, S. (2009), as irmãs, como chefes de enfermagem, mantinham uma relação de mando, autoridade e subordinação com os funcionários, sendo ao mesmo tempo temidas e admiradas por eles.

A entrada da FHSC e da nova equipe no HCS caracterizou a progressiva “passagem do poder das freiras e dos guardas para as mãos do Estado”, conforme assinalou Malara (2009), pois “na Colônia não havia profissionais de enfermagem qualificados, somente guardas, uns quatro ou cinco médicos para dois mil e poucos pacientes”.

A resistência manifestada pelas religiosas foi flagrante em relação à perda do poder, com a entrada da nova direção e de outros profissionais. A forma como Gonçalves (2009) as descreveu evidenciou que alimentava um sentimento antagônico em relação ao que faziam e diziam, e ao que deveriam fazer e dizer. As religiosas manifestaram resistência às transformações como pode ser visualizado no fragmento de entrevista exposto abaixo

As freiras eram figuras sensacionais, mulheres germânicas, polacas. A cena que ficou em minha memória é que elas eram gordas, matronas, tinham pacientes que elas escolhiam e tratavam como verdadeiros filhos, os protegiam, e tinham com eles uma preocupação enorme, e outros que eram maltratados. Elas reagiram às transformações oferecendo muita resistência, porque perderam o poder à medida que entrou pessoal novo, médico, enfermeiro,

assistente social (GONÇALVES, 2009).

Paula (2009) também narrou a resistência oferecida pelas religiosas ao serem destituídas progressivamente da posição de “guardiãs” do hospital, do material, das roupas, dos pacientes e de seus pertences. As religiosas detinham a guarda de todos esses gêneros elencados, além do dinheiro enviado pelas famílias para alguns pacientes, e das “gratificações que recebiam de alguns familiares, para que determinado paciente permanecesse no hospital”.

Independentemente de já existir enfermeiros no HCS, e a enfermeira Elisabete Melo ter assumido a chefia de enfermagem, em 1972, os funcionários que desenvolviam as atividades mais diferenciadas, ou seja, aqueles que possuíam um saber diferenciado continuavam sendo considerados e denominados “enfermeiros”. Parece que não havia o reconhecimento do enfermeiro de fato, como membro gerencial da equipe de enfermagem, ou como um profissional que executa o cuidado direto ao paciente como pode ser evidenciado abaixo:

O Wilson não era o chefe de enfermagem, as chefes eram as irmãs e os enfermeiros éramos nós, que tínhamos já o ginásio. Nós é que éramos considerados como “enfermeiros” e as irmãs eram as chefes. Era eu, o Quido, o Salmo, a Eni Dalina, a Lurdes kraemer, o Valdir José Santos que tínhamos um pouco mais de estudo. Os funcionários tinham que respeitar a gente, da mesma maneira que hoje respeitam vocês. Nós é que organizávamos tudo (SANTOS, S., 2009).

Nesse discurso que articula relações de poder, no qual o entrevistado acima mantém o reconhecimento do poder das religiosas no gerenciamento de enfermagem, pode-se perceber a questão da resistência como sinal indicativo diante da possibilidade de mudança. No entanto, essa concepção não significa uma insubordinação dos funcionários ou uma derrota do saber/poder dos enfermeiros, mas faz parte natural do processo das resistências às novas situações, conforme assinala Foucault (2009, p. 91).

A resistência não seria o subproduto das relações de poder sua marca em negativo, formando, por oposição à dominação essencial, um reverso inteiramente, passivo, fadado à infinita derrota. Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele. Que, como ele, venha de 'baixo' e se distribua estrategicamente”.

Corrêa (2009) também enfatizou que o enfermeiro Wilson “não era chefe de enfermagem, pois ele entrou como assessor da direção e não como enfermeiro” e que naquela posição, “ele tinha um poder bem maior, pois estava ligado diretamente ao Júlio, que era diretor”. O entrevistado reiterou a informação de que de fato “a primeira chefe de enfermagem foi a enfermeira Elisabete Melo”, não reconhecendo anteriormente outra forma de chefia, provavelmente por resistir em reconhecer nas religiosas esse papel anteriormente exercido.

Ainda é possível evidenciar nesse fragmento de entrevista a referência feita pelo entrevistado ao poder conferido pelo cargo de assessor, o que denota que em sua concepção, esse cargo era marcado pelo efeito de um poder suplementar ao do enfermeiro. No entanto, era como enfermeiro que Paula (2009) possuía um saber, essa era a sua marca, pois de acordo com Foucault (2006a) é pelas marcas de um saber que se tem poder.

Não obstante a enfermeira Elisabete Melo já estivesse na Chefia do Serviço de Enfermagem, o enfermeiro Wilson recebia e orientava os novos enfermeiros e definia as unidades em que estes iriam desenvolver suas atividades, conforme ficou evidenciado no discurso de Corrêa (2009).

Quando eu cheguei na Colônia, a Bete Melo era a chefe de enfermagem, mas quem me recebeu e me encaminhou para a enfermaria, foi o Wilson. Eu estranhei um pouco, mas o Wilson era assessor da direção, e ele assessorava os enfermeiros também. As enfermarias masculinas ficaram com a Bete Silva e com a Sonir. A clínica ficou com a Zita. Eu peguei todas as enfermarias femininas no primeiro momento,

e depois peguei também o isolamento onde eram isolados os pacientes com tuberculose⁹² (CORRÊA, 2009).

Nesse contexto, o conhecimento e domínio institucional adquiridos pelo enfermeiro Wilson, somados ao fato de ter ingressado na instituição antes dos demais enfermeiros, aliados ainda ao *status* de ser professor universitário e fazer parte da direção, conferia a este um poder que o autoriza a agir sobre os demais, inclusive sobre a chefe de enfermagem.

Embora Paula (2009) não tenha organizado esse serviço ou trabalhado como enfermeiro assistente ou gerente nessa primeira fase de formação do serviço da enfermagem profissional no HCS, com certeza ele contribuiu com a base estrutural de sua formação, promovendo o ingresso de vários outros enfermeiros que formaram o corpo inicial da enfermagem profissional. Ele ainda se dedicou ao combate de práticas institucionais ultrapassadas, iniciou o processo de humanização da assistência psiquiátrica, implementou o estágio de enfermagem psiquiátrica na instituição, evidenciou um novo saber poder na enfermagem e prestou assessoria aos primeiros enfermeiros que lá passaram a trabalhar.

Com o ingresso dos enfermeiros no HCS, houve a transferência gradual e irreversível do poder das religiosas para esses profissionais, como foi corroborado por vários sujeitos nas entrevistas, entre eles, Santos, S. (2009):

Tinha a Elisabete Melo, o Josel, a Sonir. Foi uma nova fase, eles se uniram, a Sonir, a Bete, o Josel e o Wilson, que depois veio de vez para a enfermagem. Então os funcionários começaram a ter mais bom-senso, responsabilidade, educação, e começaram a tratar melhor os pacientes e muita coisa começou a mudar e a melhorar, e nós passamos a respeitar muito os enfermeiros novos que chegaram, e as

⁹² Essa unidade foi construída no início da década de 1950, através do convênio firmado entre o HCS e o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), Adauto Botelho, para ampliação do HCS. Na época de sua inauguração, o pavilhão foi construído para abrigar os tuberculosos e recebeu o nome de Adauto Botelho (SANTOS, 1994).

freiras também, mas aí, elas ficaram mais de longe (SANTOS, S. 2009).

Diferentemente da resistência evidenciada anteriormente pelos agentes de enfermagem em relação ao papel do enfermeiro em sua ação gerencial, os quais reconheciam apenas os “enfermeiros” e as religiosas, percebe-se nessa fala a mudança dessa concepção, na medida em que Santos, S. (2009) identificou os efeitos da transformação. Uma relação de poder se articula sobre dois elementos: “que ‘o outro’ [...] seja reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis”, pois conforme identificou Foucault (1995, p. 243),

O exercício de poder pode perfeitamente suscitar tanta aceitação quanto se queira: pode acumular as mortes e abrigar-se sob todas as ameaças que ele possa imaginar. Ele não é em si mesmo uma violência que, às vezes, se esconderia, ou consentimento que, implicitamente, se reconduziria. Ele é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidades onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita, ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir.

Assim, para Foucault (1995), viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível alguns agirem sobre a ação dos outros. Para a implementação das transformações era indispensável a colaboração do elemento humano, o que a princípio era um grande desafio já que as ideias preconizadas provocavam diversas mudanças na maneira habitual de se realizar o trabalho no HCS.

A resistência de alguns funcionários, especialmente os

mais antigos, diante das transformações que passaram a ocorrer no HCS, de modo especial na enfermagem, também emergiu por parte desses, e era demonstrada de várias formas, como por exemplo, quando se negavam a assimilar as novas orientações dos enfermeiros e realizar novas práticas. Segundo Paula (2009), esses funcionários “reagiam à presença, ao saber e ao poder que os enfermeiros começavam a demonstrar. Os funcionários novos se empolgavam com o trabalho e procuravam seguir as orientações que recebiam nos treinamentos, mas com os funcionários antigos, foi muito difícil”.

Havia funcionários problemáticos do ponto de vista administrativo. Além da falta de responsabilidade manifestada por alguns, havia também a clara demonstração de resistência ao comando dos enfermeiros. Sobre estes funcionários, o poder dos enfermeiros se manifestava com a aplicação de medidas administrativas, algumas até extremas, como encaminhá-los para demissão, como exemplificado no caso do funcionário que foi surpreendido agredindo um paciente e foi sumariamente demitido. As demissões dos funcionários ocorriam sem processo administrativo e o diretor decidia sobre o assunto encaminhando a situação à FHSC, que invariavelmente, aceitava o parecer do diretor sem que o funcionário em questão fosse ouvido (ELIAS, 2009).

Os enfermeiros, através da “sanção normalizadora”, conforme refere Foucault (2005), diferenciam indivíduos em função de sua natureza, de suas virtualidades, de seu valor, sendo avaliados e por isso individualizados, permitindo dessa forma, a normatização de condutas, como no caso acima, que resultou da demissão do funcionário.

Gonçalves (2009) acrescentou que justamente o pessoal mais despreparado era também o mais resistente e, conseqüentemente, foi o que mais trouxe problemas na reorganização do HCS, pois conforme declarou:

O grande contingente despreparado era o mais mandão. Eles se consideravam os donos, os senhores do pedaço. Os enfermeiros tiveram certamente dificuldades enormes para trabalhar com eles, razão pela qual, além da contratação de pessoal técnico, fez-se uma enorme admissão de novos servidores. Naquele período se treinou

e se educou muito os novos servidores, além dos antigos, porque entrou um grande contingente de pessoal. Os guardas foram para a vigilância e as vigilantes viraram atendentes de enfermagem (GONÇALVES, 2009).

A entrada dos enfermeiros no HCS se configurou em um evento traumatizante para boa parte dos funcionários, especialmente os mais antigos conforme percebido nos depoimentos dos entrevistados. Corrêa (2009) também contextualizou essa resistência assinalando que:

Muitos funcionários preferiram sair de licença de saúde, outros entraram em conflito com a gente. Na certa eles falavam ou pensavam assim: esses enfermeiros vêm com novas ideias, vêm falando em conversar para convencer os pacientes, vêm falando em ouvir o indivíduo, o que eles pensam? Eles resistiam a tudo: ao desmanche das celas, dos muros, enfim, à humanização da assistência (CORRÊA, 2009).

O trabalho para transformar as práticas de enfermagem no HCS demandou um grande esforço dos enfermeiros, pois a resistência das vigilantes e guardas que atuavam na enfermagem diante das mudanças que passaram a acontecer no espaço institucional, se manifestou de várias formas, desde a recusa em aceitar as orientações, até as manifestações veladas e mesmo declaradas de ameaças de agressão física, conforme descreveu Malara (2009):

Eu via os guardas batendo nos pacientes, eu intervinha, tanto que eu fui até ameaçada. Os funcionários eram guardas, diziam que iam me matar. Eu e o Wilson batíamos de frente com aqueles funcionários que maltratavam os pacientes, e eu praticamente vivia lá. Um dia o Julio me chamou na direção dizendo que estava muito preocupado com a minha segurança. Eu disse: Julio, se o paciente me acertar, paciência, está cheio de plástico por

aí, depois eu me arrumo. Depois eu entendi que não eram os pacientes, eram os funcionários. O Julio muito hábil mandou os guardas para vários lugares, desmanchou a patota. À medida que chegava gente nova, os guardas ficaram enlouquecidos, pois resistiam em aceitar as ordens de pessoas mais novas que eles. Eles respeitavam mais as freiras do que a gente e diziam que a gente estava lá só para mandar, mas quem pegava no pesado eram eles (MALARA, 2009).

Na organização dos serviços de enfermagem dos hospitais de modo geral, o poder disciplinar e a tradição religiosa das irmãs tiveram grande influência sobre a profissão, e no HCS não foi diferente. Nesse hospital, essa realidade começou a se transformar a partir do momento em que Gonçalves (2009) percebeu a necessidade de contratar uma enfermeira especificamente para assumir a Chefia do Serviço de Enfermagem.

A partir daí, ao contrário das religiosas e dos médicos, dos quais a simples presença representava poder, não necessariamente vinculado ao saber, mas ao domínio institucional historicamente exercido nos hospitais, os enfermeiros foram se “empoderando” desse domínio através de suas presenças, do saber e do trabalho.

Para Foucault (2005, p. 10), o médico, “supostamente”, possui um saber poder psiquiátrico sobre o doente. Considero também, que muitas vezes o poder médico tenta (e na maioria das vezes é bem-sucedido), se estender sobre outros sujeitos, para dominar o espaço institucional. Esse “suposto saber poder médico” que repercute na relação de poder/dominação que insistentemente tenta se instalar entre o médico e os demais profissionais de saúde e pacientes, tem por objetivo vencer o outro, dobrá-lo adiante da anônima ordem disciplinar: De acordo com o autor, “a partir deste poder de sujeição e de modelos vindos de outros campos do saber, serão erigidas instituições e saberes próprios da psiquiatria, enquanto especialidade médica”.

Apesar de ter havido a mudança na forma de ingresso dos funcionários de nível médio no HCS, que a partir de 1972 passou

a ser via concurso público, havia predominância de contratação de parentes dos antigos funcionários (netos, filhos, sobrinhos, esposas e esposos, irmãos).⁹³ Estes começaram a questionar o discurso da “força bruta” defendida e vangloriada pelos antigos funcionários no contato com os pacientes no HCS.

De acordo com Paula (2009), à medida que os novos funcionários perceberam que ao se utilizarem das orientações dos enfermeiros quanto à forma de abordar os pacientes com técnicas terapêuticas a partir da compreensão da doença e seus sintomas, “gerou um conflito familiar”. Paula (2009) acredita que esse conflito tenha como causa principal o fato de que os parentes desses antigos funcionários deixaram de considerá-los como heróis, pois referiu:

Aos olhos dos filhos, eles deixaram de ser heróis, porque quando eles chegavam em casa, eles contavam o que faziam no hospital, que amarravam, que faziam isso e aquilo, que medicavam os pacientes, e etc. e tal. Com a nossa entrada e a exigência de novas abordagens, eles tiveram que mudar de conduta, perderam a autonomia e deixaram de ser heróis. Muitos funcionários antigos tiveram depressão, pegaram licença de saúde, e se aposentaram. Quando a gente mostrou que o contato com o paciente podia ser diferente, não precisava ser na força bruta, criou-se um conflito familiar muito sério. Quando nós chegamos, criou-se uma ruptura com esta tradição, porque seus filhos começaram a ser ensinados para fazer diferente e começaram a questionar a forma como os pais agiam. Muitos funcionários se deprimiram, perderam a característica de herói, eles se sentiam heróis porque eles eram valentes. Mas isso era a visão deles, porque a gente via de outro ângulo, de fora, porque, o que aconteceu na verdade, foi que

⁹³ Mesmo quando os moradores do Bairro Colônia Santana eram contratados, via concurso público, para outras unidades hospitalares, posteriormente se articulavam para conseguir transferência ou permuta para trabalharem no HCS, o que contribuía para manter o perfil dos funcionários, predominantemente como moradores da comunidade. Esta é uma situação que se mantém até os dias atuais no IPq-SC (NOTA DA AUTORA).

eles perderam o “*status* de enfermeiro” (PAULA, 2009).

Koerich (2008) registrou depoimentos de alguns funcionários aposentados do HCS, que falaram do sofrimento causado ao serem retirados de suas funções de “enfermeiro”. Aproprio-me da transcrição de um trecho do depoimento feito por um de seus entrevistados, que fala de seu sentimento com a chegada da enfermeira chefe:

Quando entrô a enfermera chefe, ela me trocô de serviço, e eu não gostei. Fui trabalhá numa enfermaria, e antes eu atendia todas as enfermaria. Eu achei aquilo horrívi, eu fiquei apavorado, não era serviço que eu fazia. Eu não ia mais se enfermero, ia se igual os vigilante. Ia faze o serviço que ele fazia, limpeza do paciente, cuidá do paciente, dá comida, e a injeção, eu não ia fazê mais. Quem passou a faze as injeção foi otra equipe que eles botaro. E daí, muitos amigo meu também saíro. Tudo ficaro loco, e eu fiquei deprimido. Fui embora e mi aposentei por invalidez (KOERICH, 2008, p. 86).

A admissão da enfermeira Elisabete Melo para gerenciar o Serviço de Enfermagem, representou o ato formal da passagem do poder administrativo do serviço até então em poder das religiosas, para uma enfermeira. No entanto, seu ingresso provocou a reação dos demais enfermeiros. Quando perguntado a Gonçalves (2009) o que o motivou a convidar para ocupar o cargo de chefe de enfermagem uma profissional que ainda não estava na instituição, em detrimento dos demais que já vinham desenvolvendo um trabalho, este referiu:

Em janeiro de 1972, após a entrada da enfermeira Sonir Malara, eu dei a ela dois meses de licença, porque desde que começou seu estágio, ela trabalhava sem parar e necessitava de um tempo para descansar. Ela saiu e nesse meio tempo entrou a Bete e assumiu a chefia de enfermagem (GONÇALVES, 2009).

Apesar de Malara (2009) referir que sua preocupação primordial na instituição era o cuidado de enfermagem e a humanização da assistência, assinalou que se sentiu preterida pela direção do HCS, quando a enfermeira Elisabete Melo foi convidada para ser chefe do Serviço de Enfermagem. Conforme apontou, até então não estava voltada para essa questão, porém, revelou que esperava ter sido designada para esse cargo. Ao mesmo tempo em que desvela esse sentimento, listou algumas de suas características pessoais, que em sua opinião, certamente foram levadas em consideração, para que não fosse convidada para ser Chefe de Enfermagem:

Eu enfrentava os médicos e não abaixava a cabeça. Eu tinha uma relação muito boa com o Júlio, que sempre me respeitou. A gente estudava junto, e eu estava cotada para ser a chefe, mas batia de frente com alguns médicos e isto deve ter sido levado em consideração. Eu acho que eles me achavam perigosa, contestadora, uma ameaça para o saber deles. Quando entrou a Bete Melo e como eu já estava lá, e não fui escolhida, é claro que eu me senti preterida. Eu me senti assim, como é que eu vou te dizer? Desprestigiada na verdade, pois afinal de contas, eu trabalhava muito e continuava trabalhando e mesmo assim, me preteriram, em função da Bete Melo que estava recém chegando, mas depois eu entendi por que eu não fui escolhida: porque eu era muito poderosa para os médicos (MALARA, 2009).

De acordo com a narrativa, o fato de Malara (2009) não ter sido escolhida para a Chefia de Enfermagem, foi decorrente de seu saber e a possibilidade de exercer o poder. Foucault, (2007a) em seus estudos de como se constitui e é exercido o poder, traz reflexões importantes que nos ajudam a entender as relações entre os seres humanos nas instituições. Tais reflexões se firmam em poder, disciplina, revolta, resistência e liberdade, termos que revelam o comportamento, manifestam os sentimentos das pessoas e estão presentes em nossa

sociedade. O autor nos mostra que as relações de poder disciplinares no espaço institucional, bem como as pequenas atitudes são representações e dão forma e materialidade às relações de poder.

A disciplina constitui um elemento que sustenta as relações das instituições e se torna a forma estruturada e organizada das relações humanas. A forma, talvez autoritária ou autossuficiente, manifestada por Malara (2009) diante daquela realidade, talvez fosse um mecanismo de defesa, uma forma engendrada para produzir as transformações, que não se enquadrava em requisitos de docilidade historicamente apresentada pelas enfermeiras, e sim de revolta, resistência e liberdade, e a deixava fora do círculo do poder administrativo do HCS.

Para Malara (2009) era seu saber que lhe assegurava poder, e sua forma particular de ser contribuía para que implementasse as transformações na assistência de enfermagem. Seu discurso segundo assinalou era o saber, era nele que assentava seu poder e passou a demonstrar a importância e necessidade de um saber específico e transformador, capacitando os agentes de enfermagem para um atendimento mais técnico e humanizado. Referiu de forma muito tranquila seu sentimento em relação a esse fato:

Fui fazer o que eu queria e o que eu acreditava que era treinar pessoal. Eu fiquei com a educação em serviço. Administrava cursos com poucos recursos na época, eu me matava de trabalhar, usava técnicas de psicodrama, embaixo dos abacateiros, tudo isso era muito gostoso. Para os funcionários era aquela coisa leve, aprendiam de fato. Não tinha que ir para o quadro, não era aquela coisa chata de dar aula dentro de uma sala. Eu envolvia todo mundo, o diretor dava aula, todo o corpo técnico tinha que dar aula. Então, eu continuava com poder, porque tinha poder nas enfermarias que eu supervisionava, e tinha o meu poder dentro da educação em serviço. Eu queria poder ensinar, melhorar, modificar a realidade que era o meu grande objetivo, pois só assim se conseguiria mudar aquela realidade,

somente através do saber, da técnica, do conhecimento, da visão de uma psiquiatria moderna, da visão de homem como ser humano e toda a questão de visão de mundo. Este era o meu chão, era nisso que eu acreditava (MALARA, 2009).

No entanto, esse acontecimento evidenciará ainda seus reflexos, em 1974, quando Melo (2009) se afastou do HCS por licença-maternidade. Malara (2009) referiu que nesse período “houve um movimento do grupo para que o enfermeiro Cláudio Mairan Brazil assumisse a Chefia de Enfermagem” (MALARA, 2009).

Naturalmente que os conflitos decorrentes de relação de saber poder existentes na instituição não se restringiram aos enfermeiros, mas principalmente se davam no interior das relações entre as distintas categorias, especialmente à medida que o número de profissionais foi aumentando no HCS.

Essa reflexão pôde ser observada em vários momentos de depoimentos dos entrevistados, como por exemplo, na situação referida a seguir por Malara (2009). Em 1975, o médico Abelardo Vianna Filho foi nomeado diretor do HCS. Nesse mesmo período, por indicação dos enfermeiros, o novo diretor aceitou a substituição da enfermeira Elisabete Melo na Chefia de Enfermagem.

Nesse ato, acoplaram-se na verdade, várias manifestações de poder: a resistência dos enfermeiros diante da escolha da enfermeira Elisabete Melo, em detrimento dos demais que já estavam trabalhando na instituição; o poder do novo diretor para desfazer um ato de seu antecessor e o interesse do novo diretor em ter o apoio dos enfermeiros. Esse acontecimento evidencia que as manifestações de poder se relacionam também com as questões éticas.

Foucault (2006 b) refere que as práticas de poder impedem o exercício da ética, pois impossibilitam essas práticas em relação a si, ou seja, impedem o exercício da liberdade. Para o autor, uma ação para ser ética não deve reduzir-se a um ato ou a uma série de atos conformes a uma regra, uma lei ou um valor. Toda ação ética é verdade e comporta uma relação com o real no qual ela se realiza e uma relação com o código ao qual se

refere. Porém, ela implica também certa relação consigo mesma. Esse processo de construção de si implica necessariamente na crítica constante da norma, das relações de poder. É nesse sentido que pensamos que as práticas de liberdade são extranorma, pois elas vão ao invisível, ao desconhecido, ao fora.

O poder em uma determinada instituição também pode ser percebido através dos seus processos de conduta, nos quais o indivíduo se apropria de um conjunto de normas para conduzir as condutas do grupo (FLEURY, 1997). Essa situação foi observada em alguns relatos, como por exemplo, quando Melo (2009) referiu “que uma das inovações administrativas introduzidas no HCS foi a aprovação do novo organograma da instituição”. Segundo a entrevistada, a partir do organograma no HCS, o diretor passou a exigir que demais enfermeiros respeitassem a hierarquia:

Ele não gostava que nenhum enfermeiro que não fosse a chefe de enfermagem, fosse conversar com ele sobre os problemas de Enfermagem. Ele insistia muito na hierarquia do organograma. Eu acredito que a nossa entrada propiciou também uma organização geral, porque não existia isso, não existia, por exemplo, uma hierarquia para que os procedimentos ocorressem, e depois, disso, o que a gente precisasse, era solicitado através de um memorando para os serviços gerais, para o diretor. Então, nós começamos a praticar de fato e de direito as ações de acordo com o organograma que fizemos (MELO, 2009).

Como se pode perceber nesse fragmento de entrevista, a partir do organograma, passou a existir uma preocupação da instituição em instrumentalizar o uso do poder. De acordo com Fleury (1989), os gestores das instituições utilizam-se de normas para homogeneizar o comportamento dos indivíduos. A normalização dos processos institucionais tem como fator negativo a obstrução do contato direto de quem está no ápice da pirâmide organizacional com os que estão na linha de frente do trabalho. Esse distanciamento interfere nas relações profissionais e contribui para aumentar as resistências às mudanças e burlar

as estratégias utilizadas para a homogeneização dos comportamentos dos indivíduos.

Outro ponto que implica na questão ética é o mal-entendido que a hierarquização e a livre circulação de saberes podem suscitar. A quebra das relações hierárquicas possibilita que os saberes e poderes confluem, no entanto, não autoriza a invasão das especificidades inerentes às diversas categorias profissionais.

Nesse sentido, Corrêa (2009) referiu que na década de 1970, era comum que alguns enfermeiros realizassem técnicas que extrapolassem o âmbito de suas competências, como por exemplo, entubação orotraqueal e sutura. Essa situação invariavelmente ocorria diante da negativa ou impossibilidade do médico para fazê-lo, em horários em que os acadêmicos de medicina não estavam presentes. Nesses casos então, alguns enfermeiros realizavam tais procedimentos, fato que repercutia pelo hospital com um feito heroico. Paradoxalmente, o enfermeiro adquiria mais *status* e reconhecimento por ter realizado tal feito, pois na visão da comunidade hospitalar, “este enfermeiro era tão competente que era até capaz de realizar um ato médico” (grifo meu).

Há de se considerar, no entanto, outro viés nessa análise realizada por Corrêa (2009), uma vez que os profissionais de enfermagem são os primeiros que normalmente se deparam com situações extremas ocorridas com os pacientes nos hospitais, exigindo destes, ação imediata.

Tal atitude dos enfermeiros se constituiu, na época, em uma preocupação do corpo clínico do HCS, que realizou a normatização para os atos que deveriam ser executados somente pelos médicos (CORRÊA, 2009). A resposta dos médicos quanto a realização eventual de determinados procedimentos pelos enfermeiros, não estava assentada na competência profissional, mas na reserva do exercício de um poder hegemônico da medicina, pois mesmo os médicos estando ausentes boa parte do tempo na instituição, trataram de garantir a presença e poder deles através da norma estabelecida, embora não garantissem seu espaço com sua presença, seus saberes e fazeres, mas com seus poderes.

Em contrapartida considero que a supervalorização que a comunidade hospitalar atribuía ao enfermeiro quando realizava um ato médico encerrava uma visão distorcida da eficácia

profissional do enfermeiro, uma vez que levava em consideração, justamente a realização de procedimentos que não lhe competia em situações normais. No entanto, paradoxalmente, observo em minha prática cotidiana que os enfermeiros frequentemente são criticados por auxiliares e técnicos de enfermagem, e por outros profissionais, quando estão desenvolvendo exatamente suas funções, dentro do limite de sua competência profissional. Isso acontece, por exemplo, quando o enfermeiro está gerenciando um serviço, elaborando escalas, programas de educação continuada, supervisão e orientação de funcionários na realização do cuidado, encaminhando situações de riscos que envolvem a assistência de enfermagem, e outras de competências privativas de sua profissão, de acordo com a Lei Nº 7.498, de 25/06/86, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem (BRASIL, 1986).

Ainda, na contra mão da suposta preocupação do corpo clínico com a legalidade do exercício profissional, acontecia outro paradoxo, pautada na delegação de sua atividade. Na ausência ou na negativa dos médicos para realizar determinados procedimentos, estes eram delegados aos estagiários de medicina que, sem preceptorial ou supervisão, faziam o que podiam aquilo que de fato, também não estavam qualificados ou autorizados para fazer. Dessa forma, a ilegalidade se mantinha, descortinando o pano de fundo do conflito, que na realidade se caracteriza na eterna luta de poder entre os profissionais de saúde, que muitas vezes, pleiteiam espaços profissionais não baseados na competência e no saber específico, mas no poder decorrente que esta prática lhes atribui.

Com esse contraponto do trabalho no hospital pretendo salientar também, que a disputa no campo da legitimidade da verdade em relação ao cuidado está longe de um consenso, constituindo-se uma luta cada vez mais acirrada. Outra diferença importante em relação ao trabalho nos hospitais é uma maior circulação dos lugares nas relações de saber/poder. Uma tentativa, como diria Foucault (1999b), não de negar ou anular as relações de saber/poder, mas de posicionar-se nessas relações com o mínimo de dominação possível.

Ainda permeando questões éticas, observamos que a disputa de fazeres e a falta de definição ou de limites profissionais para o desenvolvimento de certas práticas sempre mostraram “o outro lado da mesma moeda”. Paula (2009)

descreveu uma situação na qual um acadêmico de medicina, durante seus plantões no HCS, realizava os planos de cuidados de enfermagem para os pacientes, fato que talvez se justificasse antes da chegada do enfermeiro. Tal atitude teve imediata resposta no sentido de delimitar o campo de atuação do enfermeiro, e sobre essa ocorrência, assinalou: “combati a atitude dele porque esta era uma atividade exclusiva do enfermeiro”, evidenciando também o domínio de uma parcela do poder sobre as práticas no espaço hospitalar.

Para Veiga-Neto (2004) os saberes engendram-se e organizam-se de modo que se atenda a uma "vontade de poder". É o poder em que ele se manifesta, ou seja, é o micropoder que se exerce (não que se detém) e que se distribui capilarmente. Importa realçar a positividade do poder, entendida como propriedade de produzir alguma coisa. Poder e saber, como dois lados do mesmo processo, entrecruzam-se no sujeito, que é seu produto concreto. Não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, nem saber que não pressuponha e não constitua relações de poder. Para o autor, Foucault em vez de considerar que só há saber na ausência de relações de poder, considera que o poder produz saber, aproximando saber e poder como dois lados de um mesmo processo, ou seja, “os dois lados da mesma moeda” (grifo meu).

As relações de força constituem o poder, ao passo que as relações de forma constituem o saber, mas aquele tem o primado sobre este. O poder se dá numa relação flutuante [...], é fugaz, evanescente, singular, pontual. O saber, bem ao contrário, se estabelece e se sustenta nas matérias / conteúdos e em elementos formais que lhe são exteriores: luz e linguagem, olhar e fala. [...] E poder e saber se entrecruzam no sujeito [...] pelo discurso [...] (VEIGA- NETO, 2004, p. 157).

As relações de poder podem ser percebidas em qualquer situação cotidiana, entretanto, elas adquirem maior eficácia quando estão institucionalizadas. De acordo com Foucault (1995) existem três argumentos que asseguram essa relação: a função reprodutora dos instrumentos de poder que as instituições possuem para garantir sua própria conservação; a explicação do

poder pelo poder, uma vez que se busca a causa das relações de poder nas instituições; e o privilégio das regras ou do aparelho estatal como marcas da manutenção da lei por meio da coerção.

Borenstein (2009) experienciou o poder institucional mesmo antes de ingressar no HCS, quando teve dificuldade para efetivar sua contratação em função de um impedimento existente no COREn-SC. Chegou ao HCS em um momento bastante conturbado da história do serviço de enfermagem, o que certamente lhe exigiu mais cuidado para estabelecer relações profissionais fluídas, especialmente com a única enfermeira que permanecera no serviço. Sobre isto referiu:

Eu fui informada que havia um impedimento de contratação de pessoal para a Colônia e fui ao Conselho Regional, falei com a Rosita Saube e ela me disse: tem uma situação que a gente está verificando, em que os enfermeiros estão se sentindo injustiçados, por terem sido demitidos e até que a gente consiga identificar as causas reais, fica impedido a contratação de outros enfermeiro. Nós vamos fazer uma consulta ao Conselho Federal, e se eles permitirem você pode ser contratada, do contrário, não. Eu fiquei esperando e fui algumas vezes lá no Conselho porque eu estava a fim de trabalhar. Depois veio a resposta do Conselho Federal dizendo que eu assumisse, porque corria-se o risco de outras pessoas que não fossem enfermeiros assumirem, e isso comprometeria a profissão. Aí eu fui lá e me apresentei para o Diogo, e depois para a Sonir que era a única enfermeira que tinha na época. Eu não me recordo de como a relação se estabeleceu de cara com a Sonir, mas acho que de início ela não me recebeu muito bem, mas depois que fomos convivendo foi melhorando.

Até 1979, as religiosas desenvolviam atividades de cuidado aos pacientes, e mesmo nas enfermarias que não havia enfermeiro na supervisão direta, havia um enfermeiro

responsável, que respondia juntamente com as religiosas. Esta era uma forma de manter a responsabilidade técnica em todas as unidades com o pequeno número de enfermeiros existentes (CORRÊA, 2009)..

Borenstein (2009) entendia que a supervisão das unidades deveria ser realizada somente pelos enfermeiros, e desde seu ingresso na chefia de enfermagem, buscou dinamizar recursos para a contratação de mais enfermeiros. Assim, a medida que novos enfermeiros ingressaram a partir de 1979, as religiosas foram sendo destituídas definitivamente desta atividade.

Sobre a presença das religiosas na enfermagem do HCS, Borenstein (2009) referiu:

As irmãs eram sutis, eu acho que elas nos detestavam, mas faziam um jogo político, até porque a religião não permite ter raiva. Eu me lembro que a irmã Atumara era chefe das irmãs, era a chefe do hospital quando eu cheguei. Eu tive que gradativamente tirá-la das enfermarias, isso foi uma meta do serviço de enfermagem: tirar as enfermarias das irmãs. Porque elas não eram enfermeiras, e a política era que as enfermarias fossem administradas por enfermeiras. A intenção era colocá-las como auxiliar em outras atividades. Eu me lembro que eu e a irmã Atumara não nos aceitávamos muito bem, mas a gente se respeitava, mas eu acho que ela não conseguia aceitar que uma enfermeira que chegou há pouco tempo, jovem, fosse chefe dela. Foi na minha administração que a gente foi tirando as irmãs e assumindo as enfermarias. Acho que isto deve ter sido um conflito para elas e talvez tivessem alguma resistência, mas era uma resistência silenciosa, nunca senti que houvesse um boicote (BORENSTEIN, 2009).

O produto resultante do trabalho realizado dentro dos hospitais, historicamente refletem o poder médico, com a ausência de qualquer referencia ao trabalhos dos demais profissionais de saúde. Neste sentido, em relação á destruição

das celas do HCS, Vianna Filho (2009) referiu em um dado momento de sua entrevista: “eu acabei com as celas lá na Colônia”. No entanto, Paula (2009) igualmente referiu que essa foi uma das transformações promovidas por ele, o que também foi corroborado por Santos, S. (2009).

Imediatamente, essa afirmação controversa sobre o fim das celas no HCS, me levou a pensar em um fato já comentado na introdução deste trabalho, em relação à designação dada a Pinel como “Pai da Psiquiatria”, por ter desacorrentado os loucos do Hospital de Bicetrê em Paris (França, 1973), e implementado o tratamento moral. Conforme já comentado, existem controvérsias sobre quem de fato foi responsável por esse evento, se foi o “enfermeiro” Jean-Baptiste Pussin ou o psiquiatra Philippe Pinel. Existem documentos escritos pelo próprio Pinel que comprovam a importância de Pussin em seus trabalhos⁹⁴ (FOUCAULT, 2006 a; ROUDINESCO, 1994).

No entanto, na história oficial foi o nome do médico que ficou imortalizado. Não pretendo com esta reflexão confrontar os depoimentos de Paula (2009) e Vianna Filho (2009), nem tampouco tenho conhecimento de que estejam disputando autoria deste feito. Esse tipo de pretensão não faz qualquer sentido na perspectiva em que essa pesquisa se movimenta. Esta nota parte de uma de minhas inquietações, quanto ao papel secundário que a enfermagem ocupa na escala social, nas instituições de saúde e na história, contrapondo com a histórica e ainda existente, hegemonia médica.

Essa ocorrência traz à tona outra questão ponderada também na introdução desta pesquisa, quando refleti sobre o poder virtual dos enfermeiros, que mesmo sendo mentores de ideias, e/ou executores de estratégias ou eventos, seus nomes não são registrados na história oficial. Nesse caso específico das celas, na medida em que a autoria desse evento não foi registrada oficialmente, a informação de ambos carece de comprovação objetiva.

Thompson (2002) ao falar da história oral parte precisamente desta questão quando enfatiza que os críticos da “Nova História” argumentam que a história oral é

⁹⁴ “Em *Recherches et observation sur le traitement moral des alienes*, Pinel faz o elogio do saber de Pussin e atribui a ele a paternidade dos primeiros desenvolvimentos do tratamento moral”(FOUCAULT, 2006a)

demasiadamente subjetiva e imprecisa. O autor defende a história oral e procura provar que a subjetividade é um dado real em todas as fontes históricas. O fato de ser escrito e oficial não torna o documento mais fiel à realidade. O autor demonstra, ao longo da obra, que a história oral é um método que tem os mesmos problemas e limites de qualquer outro, mas que apresenta vantagens do ponto de vista da abrangência. A história oral permite uma escrita mais democrática, muito ligada ao movimento novo conhecido como “história vista de baixo”. Dá voz aos que, nos documentos tradicionais, não seriam considerados. Para Thompson (2002, p.44), a história oral propõe um desafio aos mitos consagrados da História, ao juízo autoritário inerente à sua tradição e oferece meios para uma transformação radical do sentido social da História.

Refletindo sobre sua prática, Pereira (2009) referiu que ao iniciar suas atividades no HCS, sofreu por não saber qual era exatamente o trabalho a desenvolver como enfermeira e evidencia que percebeu seu despreparo para desenvolver um trabalho naquelas condições. Assinalou que inicialmente se desesperou assinalando:

Eu estava muito assustada, sem chão. Quando a gente chegava lá, parecia que era um lugar em que não se pisava no chão, parecia que todo mundo estava sonhando. Aí, eu comecei a trabalhar, mas não sabia o que fazer, não sabia o que o enfermeiro fazia ali. Eu só sabia o que tinha aprendido na universidade, que o enfermeiro de uma unidade de um hospital geral fazia, mas ali não. Quando cheguei a Mirian disse assim: que eu ficaria com a décima segunda enfermaria, e aquilo lá me pareceu uma coisa horrorosa, uma coisa imensa e assustadora. A mesa onde os doentes faziam as refeições era um tampo de pedra, antiga, toda cheia de buraco, uma coisa fria, uma coisa de morte, parecia assim, uma coisa medieval (PEREIRA, 2009).

Se saber é poder, conforme apontou Foucault (2007a), depreendo que o não saber, é a ausência do poder. Essa

concepção pode ser evidenciada no comportamento descrito por Pereira (2009). De acordo com a entrevistada, foi desesperador perceber ausência do saber para trabalhar em enfermagem psiquiátrica. A falta de conhecimento e a consciência de não poder manter o domínio sobre aquela realidade evidenciaram toda sua vulnerabilidade manifestada por uma crise de choro motivada pela impossibilidade de lidar com o que o cenário lhe apresentava. No entanto, foi esse encontro com sua fragilidade que sustentou sua fortaleza e a decisão de permanecer na instituição, de acordo com o que declarou:

Eu tive uma crise de choro, e foi ali, que eu decidi que iria ficar. Ela foi desencadeada primeiro pelo próprio ambiente, que era muito pesado, pela doença, e pelo fato de eu não conseguir dominar nada ali dentro. Tudo aquilo me dava muita insegurança, insatisfação e a sensação de estar perdida. Era uma coisa muito ruim me sentir perdida. E depois, a forma como os funcionários tratavam os pacientes, tudo aquilo era muito pesado, a displicência que eles tinham com o material, com a medicação. Nestas duas semanas o medo, insegurança e a angústia que eu sentia em relação àquele ambiente foi crescendo, a falta de conhecimento técnico para tratar os pacientes psiquiátricos me assustava, e eu não sabia o que fazer exatamente como enfermeira psiquiátrica. Acabou que eu tive aquela crise de choro (PEREIRA, 2009).

Ribeiro (2009) retratou a psiquiatria como um setor que historicamente permitiu a desvalorização do louco e teve a assistência permeada por mitos e preconceitos. Referiu que tais preconceitos dentro do HCS não existiam, no entanto eram fortemente arraigados na sociedade. Para ele,

quem estava fora tinha preconceito, no entanto para as pessoas que lá trabalhavam, a Colônia era a vida delas, estavam familiarizadas com os pacientes, habituadas ao contexto e de certa forma conformados com aquilo que lá estava (RIBEIRO, 2009).

A desvalorização dessa especialidade se manifestava entre os profissionais de saúde de diversas áreas, e mesmo entre os da própria medicina, que teciam comentários pejorativos em relação à psiquiatria e ao psiquiatra. De acordo com Ribeiro (2009) muitos consideravam que “ser psiquiatra não era muito bem visto, pois o psiquiatra era médico de louco”, semeando a dúvida sobre a cientificidade da psiquiatria, assinalando ainda:

Eu lembro que durante muito tempo, mesmo depois de formado, alguns colegas de profissão, diziam que psiquiatria não era medicina, ou então usavam um termo terrível para comparar a psiquiatria com a veterinária, para você ter idéia do preconceito que os próprios médicos, não psiquiatras tinham da psiquiatria e do doente mental. Eu particularmente nunca usei o termo louco, pois é muito pejorativo, mas era muito comum (RIBEIRO, 2009).

Santos, S. (2009) também abordou a questão do estigma em relação à psiquiatria, quando relatou o caso de funcionários que sofriam constrangimento ao realizarem cadastro no comércio e informavam que trabalhavam no HCS. Nessas ocasiões, era comum que fossem abordados com comentários pitorescos, curiosos ou desagradáveis.

Considero que o estigma em relação à psiquiatria e aos profissionais de saúde mental tem sua gênese na desvalorização histórica do louco que se alastrou por tudo que o rodeia e passou a fazer parte da cultura popular. Tal cultura se manifestou, e ainda se manifesta, em todos os cenários assistenciais de saúde e na sociedade de modo geral. Essa situação pode ser constatada através da história, desde o local em que esses cenários foram construídos, até as precárias acomodações dos doentes, as condições insalubres a que os trabalhadores foram submetidos, a baixa qualificação dos profissionais, o motivo da opção pela especialidade e pelo perfil dos trabalhadores encaminhados para trabalhar nos hospitais psiquiátricos.

Essa cultura de “para o louco o hospício” ainda ecoa, assim como a concepção de o que “não serve para os demais hospitais serve para o hospital psiquiátrico”, ainda vige em nossa sociedade e na mentalidade de muitos gestores, profissionais de

saúde e na cultura popular.

6 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo geral historicizar as transformações ocorridas no HCS, em especial na enfermagem, a partir do ingresso dos enfermeiros e seus saberes, em 1971.

A narrativa das principais transformações ocorridas nesse período foi sendo captada dos documentos e evidências encontradas nas fontes documentais e, mais especialmente, a partir das falas dos entrevistados. À medida que os discursos dos entrevistados vinham à minha mente, e à medida que eu os lia, era como se suas lembranças registradas individualmente, se entrecruzassem e conversassem entre si, fazendo com que eu as revivesse e tentasse remontar os acontecimentos, “indo e vindo” por entre as recordações dos sujeitos. Dessa forma, fui identificando rupturas, eventos, marcos e as transformações ocorridas, sem, no entanto me ater a uma linearidade histórica, deixando apenas me levar pelos discursos proferidos pelos entrevistados e pelos poucos documentos históricos disponíveis.

Esta forma de organizar os resultados e proceder à análise dos dados me foi inspirada pelo próprio caminho metodológico da Nova História e pelo referencial foucaultiano, dos quais aprendi que o processo de análise não precisa obedecer diretamente aos critérios de linearidade, com seus “clássicos etapismos”, tão comuns nos campos do saber histórico tradicionais, e que em certo sentido, garantem uma situação plena de conforto para a grande maioria dos atores inseridos nos diversos processos para a construção do conhecimento.

Da mesma forma, esta pesquisa só foi possível porque os narradores guardaram na lembrança muitas vivências daquela época e concordaram em evocá-las, e tornaram possíveis desvendá-las. Seria impossível realizar este estudo se fossem utilizadas somente as fontes documentais, em função da pouca disponibilidade de fontes primárias existentes no HCS/IPq-SC, e da má conservação a que foram submetidas, decorrendo daí a importância dos relatos orais.

Trazer à tona os fragmentos históricos desse processo foi um evento paradoxalmente árduo e prazeroso, e constituiu-se em um grande desafio. Muitas vezes, na análise dos discursos, me confrontei com um dilema ético, no que se refere à forma de sua utilização, do que seria relevante considerar e o que poderia

omitir, sem prejudicar a análise. Com muita frequência, ao “mergulhar” nos discursos dos sujeitos, a subjetividade insistia em acompanhar o processo, exigindo uma imparcialidade difícil de ser exercitada por uma “historiadora aventureira”, que embora não tenha feito parte do período historicizado, não era estranha à experiência vivida pelos sujeitos entrevistados.

Diante da impossibilidade de controlar a memória dos sentimentos aflorados na evocação das reminiscências dos entrevistados, presenciei lágrimas e sorrisos, que demonstravam a mesma dor ou felicidade sentida outrora, ou as frustrações e sucessos do passado. Também o fato de trabalhar tantos anos na instituição e conhecer parte de sua história e a maioria dos entrevistados, e ter convivido com boa parte deles, exigiu-me um esforço muito grande, no sentido de não inferir na análise, não induzir respostas, e trabalhar os dados de forma cuidadosa e com liberdade.

Pretendi dar a cada um dos entrevistados a significação de ter feito parte da história, valorizando seu discurso e seus feitos, para que ficasse registrado, que cada um ao seu tempo, com base na verdade vigente, provocou transformações no HCS. No entanto, estas não devem ser analisadas como positivas ou negativas, verdadeiras ou falsas, absolutas ou condicionais, mas compreendidas dentro do processo histórico.

A escolha pelo tema surgiu da possibilidade de desvelar, de modo especial, a importância dos saberes dos enfermeiros na história da instituição, e da intenção de historicizar o início da enfermagem profissional do HCS, nunca antes pesquisado. Percebi na construção deste trabalho que existem diferentes formas de reconstituir a origem da história de um determinado saber, ou seja, sua gênese.

Com base no referencial teórico foucaultiano, procurei desvelar e analisar, principalmente nos discursos dos entrevistados, as transformações ocorridas no HCS e na enfermagem, no período de 1971 a 1981. Como pano de fundo desta busca, as relações de saber/poder e verdade emergiram insistentemente, à medida que os entrevistados narravam sua passagem pela instituição e muitas estratégias estabelecidas no processo de transformação. É importante assinalar que o referencial teórico utilizado foi fundamental neste processo e serviu de forma expressiva para a análise e discussão dos dados.

Enquanto fui construindo esta narrativa histórica, nitidamente foram se configurando os jogos, discursos, dispositivos, regras, táticas, estratégias, técnicas, enfim, toda uma gama emblemática formada na rede de saber/poder que guia as relações dos indivíduos, grupos e instituições. Neste contexto, a escolha pelo referencial com foco nas relações de saber/poder possibilitou refletir e analisar as relações que se estabeleceram entre os diversos profissionais no HCS.

Mesmo sabendo que a história não se repete, percebi neste estudo que muitos acontecimentos persistem ao longo dos anos, com diferentes personagens e cenários, como se fossem fábulas que se atualizam para se manterem vivas culturalmente. Refiro-me nesta reflexão, à cultura psiquiátrica persistentemente asilar e excludente, que desde Pinel, no século XVIII, até meados do século XX, permaneceu intocada e inquestionada no Brasil.

Nesse período ocorreram sucessivas mudanças no contexto assistencial impulsionadas pela gênese do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que começou a mobilizar a política estadual de atendimento ao doente mental, apontando para complexas transformações paradigmáticas nessa área.

Guardadas as devidas particularidades de épocas e fazendo uma analogia do que aconteceu no Hospício Pedro II e no HCS, percebi nesta pesquisa, uma sucessão de curiosas semelhanças, não só no modelo de construção dos dois hospícios, mas também em sua evolução, que culminou no afastamento progressivo das religiosas do controle institucional.

Tanto o Hospício D. Pedro II como o HCS, foi construído para comportar 300 pacientes, e logo se tornaram “depósitos superlotados de seres humanos”. Ambos foram construídos com base na mesma concepção de exclusão do louco do meio social e foram entregues à administração das religiosas. As duas instituições foram alvos da crítica científica em torno do asilo psiquiátrico: Teixeira Brandão, no Hospício D. Pedro II, e Prisco Paraíso e Julio Gonçalves, no HCS. Nos dois hospícios também havia denúncia de ausência de um verdadeiro tratamento, superlotação, violência, existência de pacientes pagantes ou apadrinhados pelas religiosas.

Tanto em um como no outro hospício, as mudanças necessárias envolveram três aspectos: o afastamento das religiosas, o reforço da autoridade médica e a tomada da administração dessas instituições pelo poder público. Esta

reflexão tem por objetivo suscitar a crítica acerca da morosidade da evolução da assistência psiquiátrica no Brasil. De 1852 a 1971, passaram-se 129 anos em que o discurso da psiquiatria foi o mesmo, e pouca transformação foi produzida nesta área até então, evidenciando mais uma vez, a histórica desvalorização do doente mental aliada à força da hegemonia do discurso psiquiátrico.

Esta constatação ainda pode ser ampliada para os anos posteriores, em que os movimentos para transformação da assistência psiquiátrica ganharam força no país, mais precisamente, no início da década de 1980, quando surge o movimento dos trabalhadores de saúde mental. Como resultado desse movimento, iniciou-se um processo para a aprovação de um dispositivo legal que sustentasse as transformações necessárias no modelo assistencial de saúde mental no Brasil, cujo processo levou trinta anos para ser finalmente chegar à promulgação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001.

Enfoquei algumas vezes nesta pesquisa a história de Jean Baptiste Pussin, “enfermeiro” que trabalhava com Philippe Pinel no Hospital de Bicetrê (Paris). Tive como intenção reforçar minhas reflexões sobre a necessidade de valorização e reconhecimento dos profissionais de enfermagem no contexto das instituições de saúde, no sentido de dizer que “precisamos deixar de ser Pussin” e registrar na história oficial a importância do trabalho dos enfermeiros no contexto de saúde.

A história das transformações ocorridas no HCS no período de 1971 a 1981 desvelou a luta dos profissionais, em especial, neste estudo, dos enfermeiros, para transformar o cenário desolador e as práticas agressivas e excludentes que sustentavam a assistência ao doente mental. Evidenciou-se que o processo de transformação foi impulsionado em grande parte pelo ingresso do enfermeiro e das novas práticas consolidadas por um saber científico e comprometido com o ser humano.

O ingresso do primeiro enfermeiro no HCS, com um saber especializado e fazendo parte do grupo que conduziria as transformações, colocou esse profissional em papel de destaque na instituição, horizontalizando o saber/ poder que, até então, era hegemonicamente médico.

Considero que a tese formulada que impulsionou o presente estudo, ou seja, que os enfermeiros com seus saberes e poderes provocaram transformações administrativas, estrutu-

rais e nas práticas assistenciais no HCS, em especial na enfermagem de 1971 a 1981, foi comprovada. No entanto, há que se considerar que as transformações que ocorreram também tiveram a participação de outros profissionais, cujos papéis são dignos de nota, e foram bem evidenciados nos discursos proferidos e nas restritas fontes documentais consultadas.

Os questionamentos que me levaram a fazer tal hipótese foram respondidos ao longo do trabalho. Wilson Kraemer de Paula foi, de fato, o primeiro enfermeiro do HCS, e seu ingresso em 1971 caracterizou o rompimento gradual da enfermagem com o fazer meramente prático, submisso e desenvolvido por pessoas sem qualificação específica.

A enfermagem não fazia parte do organograma da instituição, pois não era um serviço formalmente constituído. Esse evento se concretizou em 1972, quando o Serviço de Enfermagem foi organizado a partir do trabalho da enfermeira Elisabete da Silva Melo, a primeira chefe do Serviço de Enfermagem do HCS.

O ingresso do primeiro enfermeiro na instituição, assim como do demais que ingressaram posteriormente, em especial, na primeira metade da década de 1970, foi decorrente de um processo político que visava transformar a assistência psiquiátrica no HCS, e em Santa Catarina, do qual derivaram as sucessivas transformações ocorridas no cenário e período investigados.

A década de 1970 foi decisiva para o HCS, pois deu início a um processo de profissionalização, com o ingresso de profissionais de diversas áreas do conhecimento (Enfermagem, Serviço Social e Medicina), os quais, com seus saberes, passaram a implementar as inúmeras transformações.

Assim, destaco como ponto alto das transformações, o novo paradigma introduzido pelos enfermeiros no sentido da humanização do cuidado, iniciando pela simples, e ao mesmo tempo complexa forma de olhar para o doente mental como um ser humano possuidor de direitos. Esses profissionais, inegavelmente, introduziram no espaço hospitalar a importância da escuta e da individualidade do sujeito a ser cuidado, associando a prática de enfermagem à ética e à necessidade do saber para cuidar.

As transformações ocorridas no HCS e na enfermagem foram evidenciadas pela diminuição progressiva de pacientes

internados, pelo consequente desaparecimento de determinadas práticas inadequadas, tanto do ponto de vista de sua prescrição como da sua forma de realização, no aumento de quantitativos de pessoas para trabalhar nos diversos setores e pela formação dos profissionais que passaram a integrar o quadro de recursos humanos, entre outras.

Indubitavelmente, os primeiros enfermeiros que ingressaram no HCS na primeira metade da década de 1970, tiveram grande parcela de responsabilidade sobre a cultura profissional que foi se formando e se aperfeiçoando na instituição. Alguns profissionais tinham formação e conhecimento específico em enfermagem psiquiátrica, e passaram a contestar e a se recusar a cumprir determinadas prescrições médicas para as quais não havia condição técnica para realização, o que significava confrontar saberes e poderes.

No transcorrer deste estudo ficou evidente que a enfermagem no HCS teve um ápice de profissionalização e participação hierárquica nas decisões e transformações ocorridas, até meados de 1977.

O início da segunda metade da década de 1970 no HCS, eclodiu juntamente com conflituosas relações de saber/poder, desencadeadas pela mudança do governo e gestores estaduais, bem como no grupo diretivo do HCS. No entanto, após abalar o que vinha acontecendo no interior da instituição, as pessoas que assumiram deram prosseguimento às mudanças do cenário assistencial no HCS. Nesse contexto, o Serviço de Enfermagem emerge novamente de uma fase obscura, volta a se fortalecer quantitativa e qualitativamente, assumindo o total controle sobre o gerenciamento de enfermagem.

Nesse processo, as religiosas foram afastadas do poder institucional e da enfermagem, sem, no entanto, se afastarem definitivamente do cuidado que as manteve no espaço asilar por quase cinquenta anos, e que as fez detentoras autênticas e soberanas do poder sobre as práticas de enfermagem, como demonstram os primórdios da origem da profissão.

O reflexo dos trabalhos desenvolvidos pelos enfermeiros no HCS foi percebido e reconhecido pelos entrevistados como produtor de intensas transformações, que podem ser resumidamente lembradas nesta etapa final do estudo, e que foram destacadas em “negrito” no capítulo dos resultados.

Neste momento, não cabe aqui registrar “quem fez o quê”,

pois todo o processo foi uma construção coletiva dos vários enfermeiros, ou seja, as transformações diretamente produzidas por estes profissionais, ressaltando:

1. Início da profissionalização da enfermagem a partir de 1971;
2. Realização da previsão de pessoal para trabalhar no HCS e aumento do quantitativo do pessoal de enfermagem;
3. Realização do censo de pacientes internados;
4. Organização do Serviço de Enfermagem e sua inclusão no organograma do HCS;
5. Supervisão das enfermarias realizadas pelos enfermeiros;
6. Organização e humanização do procedimento de banho dos pacientes;
7. Criação da barbearia e do salão de beleza;
8. Combate às práticas agressivas e empíricas (utilização de insulino-terapia, eletrochoque, celas e outros recursos restritivos);
9. Solicitação de concurso público para contratação de funcionários;
10. Utilização do HCS como campo de estágio para os Cursos de Enfermagem e o estabelecimento de parceria com a UFSC para a capacitação de atendentes e implantação da Residência de Enfermagem no HCS;
11. Implementação de diversificadas estratégias para promover a diminuição do número de internos (realização de viagens, entrevistas de admissão de pacientes);
12. Estímulo à abordagem nominal dos pacientes e sua identidade no cotidiano da assistência;
13. Organização da Unidade de Clínica médica, do cuidado clínico aos pacientes e da sala de curativos;
14. Combate e controle das infestações parasitárias;
15. Incremento de novas modalidades terapêuticas (realização dos grupos terapêuticos, assembleia geral, grupos de higiene, praxiterapia, horta, atividades físicas, entrevistas de admissão de pacientes, entre outras);

Finalmente, a realização deste estudo constituiu-se em uma oportunidade ímpar de aproximação com a origem da enfermagem profissional no HCS, bem como com os personagens que fizeram parte desta história e deixaram seus legados para seus sucessores, cujos fundamentos refletem-se na

atualidade.

Tenho a consciência plena de que não foi possível, neste estudo, desvelar todos os eventos que foram realizados por cada um dos entrevistados, e tampouco trazer à tona todas as transformações ocorridas, os “meandros dos bastidores” que permearam as relações interprofissionais, ou ainda, todos os fatos que precipitaram tantos acontecimentos. Tenho certeza, da existência de lacunas nesta história, mesmo porque a gama de acontecimentos produzidos nessa década demandaria um trabalho muito extenso e o agenciamento de muitos outros sujeitos a serem entrevistados, além de uma busca exaustiva de muitas outras fontes documentais, o que seria impossível em um estudo desta natureza, que possui tempo restrito para investigação e apresentação dos resultados. Nesse sentido, deixo aqui a possibilidade para outros pesquisadores de aprimorar esta investigação.

Outra lacuna que reconheço neste estudo, e que talvez seja percebida, em especial pelos sujeitos entrevistados, consiste na impossibilidade de utilizar todas as reminiscências evocadas por eles. Assinalo, no entanto, que suas falas foram todas transcritas, analisadas e valorizadas, e assim também como o presente relatório de pesquisa, farão parte do acervo do GEHCES (UFSC). Certamente estas entrevistas darão origem a outros estudos que, assim como este, poderão contribuir para a produção do conhecimento e divulgação da história da enfermagem psiquiátrica catarinense e brasileira.

Esta pesquisa não teve a pretensão de tornar a narrativa aqui construída a verdade única a ser contada, nem ser a palavra final desta matéria. Tudo pode ser contestado, posto que esta é somente a primeira e única versão e interpretação documentada das transformações ocorridas no HCS e na enfermagem profissional desse período. A dúvida é uma contribuição legítima da investigação científica e pode suscitar polêmica e instigar novas pesquisas, novas evidências e esclarecimentos.

A história de uma instituição tem por trás a história de pessoas que fizeram algo, lutaram por algo e a marcaram com suas atitudes. As experiências são passadas através da memória em forma de escrita, relatos orais ou outros símbolos, as quais as desvendamos e analisamos. Elas contem os saberes das instituições e das profissões, os caminhos percorridos e do que as futuras gerações podem fazer para continuá-la e aprimorá-la.

O saber de uma sociedade é constituído a partir da experiência observada pelo olhar humano, e analisado a partir daí, não havendo a possibilidade de construir um conhecimento sem a experiência individual, que pode ser compartilhada entre gerações por meio da história, como esta que acabei de contar.

REFERENCIAS

ANTÔNIO Carlos Konder Reis. Disponível em:
<http://www.netsaber.com.br/biografias>. Acesso em: 12 fev. 2010.

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

ALCANTARA, Glete. **A enfermagem moderna como categoria profissional**: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto: USP/EERP, 1963. Tese de cátedra apresentada para concurso a professora de História da Enfermagem e Ética.

AMADO, Janaína. A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP**, São Paulo, n. 15, p. 145-155, abr. 1997.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, Paulo (Coord.). A Constituição do paradigma psiquiátrico. In: _____. **Saúde mental**: políticas e instituições. Rio de Janeiro: FIOTEC/ EAD/FIOCRUZ, 2003a. p. 9-94. A constituição do paradigma psiqui, v. 2.

_____. História da psiquiatria e das políticas de saúde mental no Brasil. In: _____. **Saúde mental**: políticas e instituições. Rio de Janeiro: FIOTEC/ EAD/FIOCRUZ, 2003b. p. 25-52. (Reforma sanitária e a reforma psiquiátrica no Brasil, v. 3).

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ANTUNES, Paula Barros. **Efeito da eletroconvulsoterapia sobre sintomatologia psiquiátrica e qualidade de vida**. 2008. 108f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2008.

ARAÚJO, Edevar José de (Coord.) et al. **A Saúde em Florianópolis**: das benzeduras na velha Desterro aos novos conceitos de promoção da saúde. [S.l.:s.n.], 2010.

ARAÚJO, Hermetes Reis de. **A Invenção do litoral**: reformas urbanas e reajustamento social em Florianópolis na primeira república. 1989. 123f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1989.

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.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS. **GRANFPOLIS**. Disponível em: < www.granfpolis.org.br>. Acesso em: 10 fev. 2010a.

_____. **Dados do município de São Pedro de Alcântara**. Disponível em: www.granfpolis.org.br. Acesso em: 14 fev. 2010b.

ASSUMPÇÃO JR., Francisco Baptista.; KUCZYNSK, Evelyn. Uso da insulino terapia na psiquiatria infantil brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2006>. Acesso em: 5 jun. 2010.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Comunicação Social. **SESAB cria projeto pioneiro de supervisão técnica clínico institucional para os CAPS**. 2006. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2010.

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.

Barreto, Sonia Aparecida de Aguiar; FREITAG, Liliane da Costa. **Laboratório de história oral**: memória e experiência social docente. I Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/>. Acesso em agosto de agosto 2010.

BARROS, José D'Assunção. **O projeto de pesquisa em história**: da escolha do tema ao quadro teórico. Petrópolis: Vozes, 2005.

BASÁGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**: relato de um

hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BENOSKI, Diego Albino. **A loucura controlada**. Poderes e influências da administração da Colônia Santana. 2002. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação); Departamento de Historia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BLOCH, Marc. **A apologia da história ou o ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

BOFF, Leonardo. **Fundamentalismo**: a globalização e o futuro da humanidade. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968**. 2000. 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **Miriam Süsskind Borenstein**: depoimento [set. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind (Org.). **Hospitais da Grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas (1940 – 1960). Florianópolis: Assembléia Legislativa de Santa Catarina, 2004.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. Otilie Hammes: pioneira da enfermagem catarinense. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 240-245, mar./abr. 2009.

_____. 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, nov./dez. 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.

BORNHAUSEN, Irineu. **Anotação do Governador Irineu Bornhausen registrada no Livro de Visitas do HCS**, 1955. Pertence ao Arquivo HCS/IPq-SC.

_____. **Relatório apresentado a Assembléia Legislativa**,

_____ pelo Governador Irineu Bornhausen. Florianópolis, 1951.

_____. _____. 1952.

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

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand *Brasil*, 2007.

BRANDÃO, João Carlos Teixeira. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil**. (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>. Acesso em: 20 maio 2010a.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura** : apostila de monitoria. Brasília, 2009a. (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. **Portaria n. 52/GM de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS-2004. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/Portaria_GM_MS_52.2004. Acesso em: 15 dez. 2009b.

_____. **Portaria nº 106/GM de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 20 maio 2010.

CANASSA, Neli Sílvia Andreazzi. **Memórias de parteiras: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967-1994)**. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CELSO, Ramos. Disponível em: <
<http://www.netsaber.com.br/biografias>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

_____. **Um quinquênio de assistência psiquiátrica no Brasil: estatísticas 1965/1970 para uma avaliação preliminar**. São Paulo: Coordenadoria de Saúde Mental, 1973. Boletim estatístico n. 2.

CESARINO, Antonio Carlos. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 3-30.

COELHO, Alcides Rabelo. **O urbano e o sanitário na globalização** – Estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis – SC. 1998. 385f. Tese (Doutorado) - Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

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

CONSONI, Roldão. **Fundação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina: reminiscências & dados históricos**. Florianópolis: UFSC, 2005.

CORDIOLI, Maria Sirene. **Maria Sirene Cordioli: depoimento** [jul. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

CORRÊA, Josel Machado. **Josel Machado Corrêa: depoimento** [fev. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

_____. **Um estudo jurídico e político sobre saúde mental**. 1996. 126f. Tese (Doutorado em Direito)- Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina,

Florianópolis, 1996.

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

COSTA, Eliani; BORESTEIN, Miriam Süsskind. O Projeto Ana Teresa: o caminho para a desinstitucionalização do doente mental? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 79-90, jan./mar. 1999.

_____. Wilson Kraemer de Paula: da trajetória de um homem à história da enfermagem psiquiátrica em Santa Catarina. **História da Enfermagem - Revista Eletrônica**, Brasília, v.1, n. 1, p. 24-34, abr. 2010.

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

CREFITO: **Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.** Terapia Ocupacional. Definição. Disponível em <http://www.crefito.com.br/>. Acesso em agosto de 2010.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, 6(1), 2007. 60

DIRETÓRIO DE GRUPOS DE PESQUISA NO BRASIL. **Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde.** Disponível em: <http://dgp.cnpq.br>. Acesso em: 22 jul. 2010.

ELIAS, Verita Conceição. **Verita Conceição Elias:** depoimento [abr. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

ESPEZIM, Clésio Antonio. **Regionalização em saúde:** um estudo da percepção dos gestores municipais de saúde no Estado de Santa Catarina. 2000. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

EXPRESSÕES populares. **Do tempo da Maria Cachucha.**

Disponível em: <http://www.portaldascuriosidades.com>. Acesso em: 9 nov. 2009.

FAUGERAS, Patrick (Ed.). **Lettres mortes** [Texte imprimé] : correspondance censurée de la nef des fous, Hôpital de Volterra, 1900-1980. [S.l.]: Éd. Encre & lumière, 2007.

FERRARI, Maryana Cunha. **Vila Palmira**: prostituição e memória na grande. Florianópolis nas décadas de 1960 a 1980. 2008. 126 f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós – Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

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

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007b.

_____. **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1999.

_____. **Em defesa da sociedade**: São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Historia da sexualidade I**: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

_____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a.

_____. **A Ordem do discurso**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973- 1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul ; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault** - uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense

Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2005.

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. São Paulo: Revinter, 2005.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, Julio César. **Julio César Gonçalves: depoimento** [mar. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

GONZALEZ, José Siles. **Historia de la enfermeria**. Espanha: Editorial Água Clara, 1999.

GOULARTI FILHO, Alcides. **Formação econômica de Santa Catarina**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

IBGE. **Censo populacional de Florianópolis**. Florianópolis, 2010.

IRINEU Bornhausen. Disponível em: <http://www.netsaber.com.br/biografias>. Acesso em: 10 fev. 2010.

JAMES, Edward. Insulin treatment in psychiatry. **History Psychiatry**, United Kingdom, v. 3, n. 10, p. 221-235, 1992.

JAUSS, Hans Robert. A estética da recepção: colocações gerais. In: COSTA LIMA, Luís (Org.). **A literatura e o leitor**. Textos de estética da recepção. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 43-61.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KHO, K. H. et al. A Meta – analysis of eletroconvulsivotherapy efficacy in depression. **Journal of ECT**, Philadelphia, v.19, n. 3, p. 139-147, 2003.

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, n. esp., 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. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

KOERICH, Ana Maria Espíndola. **Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971)**. 2008. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

KOIFMAN, Fábio (Org.). **Presidentes do Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2001.

KOLB, Lawrence Coleman; ROIZIN, Leon. **The first Psychiatric Institute**. Washington: American Psychiatric Press, 1993.

LE GOFF, Jacques. **A história nova**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **História e memória**. 5. ed. São Paulo: UNICAMP, 2003.

LEME FILHO, Trajano. **Os 50 maiores erros da humanidade**. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

LOPES, Rudi Pereira ; CAETANO, João Carlos. **Lacen em Santa Catarina: antes e após o SUS**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 46-53, jan./jun. 2008.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. p. vi-xxiii.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Graal, 1978.

MALARA, Sonir. **Sonir Malara**: depoimento [out. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

MARQUES, Elisa Paula. **Vozes veladas**: a relação entre os pacientes da Colônia Santana com os familiares e sua comunidade (1940-1960). 2003. 83 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Departamento de História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MATTOS, Fernando Marcondes de. **Santa Catarina**: nova dimensão. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1973.

MAZARAKIS, Maria Lenise. **Maria Lenise Mazarakis**: depoimento [maio, 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

MCCALL, Willian Vaughn. What does star d'tell us about ECT? **Journal of ECT**, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 1-2, mar. 2007.

MEDEIROS, Maria Marle Bernardes de. **Participação da enfermagem nos programas de saúde**. In: I Jornada Catarinense de Enfermagem - Associação Catarinense de Enfermagem. Discurso sobre o tema do evento. Blumenau, 1973.

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

MELO, Elisabete da Silva. **Elisabete da Silva Melo**: depoimento [jun. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

MELO, Marcos Costa. **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.

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

MIRANDA, Antonio Luiz. **A penitenciária de Florianópolis**: de um instrumento da modernidade à utilização por um Estado totalitário. 1998. 125f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MIRANDA, Cristina Maria Loyola. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

MOREIRA, Almerinda. Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. In: GEOVANINI, Telma et al. (Org.). **História da enfermagem: versões e interpretações.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 59 -128.

MOSTAZO, Rubiane Rodrigues ; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5 n. 2, p. 4 - 13, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 13 jun. 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. **Guidance on the use of electroconvulsive therapy.** London; NICE, 2003. Disponível em: www.nice.org.uk/pdf. Acesso em: 10 jun. 2010.

NEOCID. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados. Acesso em: 10 mar. 2010.

NEREU Ramos . Disponível em: <http://www.netsaber.com.br/biografias>. Acesso em: 10 fev. 2010.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Especial para Gramsci e o Brasil.** São Paulo: UNESP, 2004.

NUNES, Nei Antonio; ASSMANN, Selvino José. A escola e as práticas de poder disciplinar. **Perspectiva: Revista do Centro de Ciências da Educação**, Florianópolis, v. 18,n. 33, p. 135-153, jan./jun. 2000.

OGUISSO, Taka (Org.).**Trajetória histórica e legal da enfermagem.** 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

OLIVEIRA, Aristeu de. **Previdência social: legislação.** São Paulo: Atlas, 2000.

PADILHA, Maria 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) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al. A produção da pesquisa histórica vinculada aos programas de pós-graduação no Brasil, 1972 a 2004. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 4, p. 671-679, out./dez. 2007.

_____. A responsabilidade do pesquisador sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 96-105, jan./mar. 2005.

PAGNIN, D. et al. Efficacy of ECT in depression: a meta analytic review. **Journal of ECT**, Philadelphia, v. 20, n. 1, p. 13-20, mar. 2004.

PAIXÃO, Waleska. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.

PARAÍSO, Henrique Manoel Prisco. **Henrique Manoel Prisco Paraíso**: depoimento [mar. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

PAULA, Wilson Kraemer de. **O canto do cisne**. Florianópolis (SC): s/d. Trabalho não publicado.

PAULA, Wilson Kraemer de. **Wilson Kraemer de Paula**: depoimento [jan. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

PEPLAU, Hildegard. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G.P. Putnam's sons, 1952.

PEREIRA, Júlia Cascaes. **“Os Ciganos voltaram”**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2003.

PEREIRA, Nereu do Vale. **Associação Irmão Joaquim, 100 anos de amor ao próximo**: histórico da Associação Irmão Joaquim por ocasião de seu centenário 1902-2002. Florianópolis, [s.n.], 2010.

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

PEREIRA, Valdete Preve ; BORENSTEIN, Miriam Süsskind ; ERDMANN, Alacoque Lorenzini . Experiência de atenção de enfermagem no controle de pediculose num macro-hospital psiquiátrico estatal durante 10 anos. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 208-218, 1994.

PEREIRA, Valdete Preve ; BORENSTEIN, Miriam Süsskind ; ERDMANN, Alacoque Lorenzini . Experiência de atenção de enfermagem no controle de pediculose num macro-hospital psiquiátrico estatal durante 10 anos. **Anais do congresso Brasileiro de Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 208-218, 1992.

PEREIRA, Valdete Prevê. Valdete Préve Pereira: depoimento [maio, 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

PERES, Maria Angélica de A. **A ordem no hospício: primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852-1890)**. 2008. 238f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PIAI, Aldecir José. **A presença das Irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Santana de 1941 a 1992**. 1997. 64f. Monografia apresentada á Escola de Estudos Sociais da Fundação Educacional de Brusque, Brusque, 1997.

_____. **Aldeci José Piai**: depoimento [abr. 2010]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2010.

PIAZZA, Walter. **Dicionário político catarinense**. Florianópolis : Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1985.

PICCININI, Walmor J. ; COSTA, Gley Pacheco. História da Psiquiatria: Professor David Zimmermann (1917-1998). Psychiatry On-line Brazil, **São Paulo, v. 9, n.8, ago. 2004**. **Disponível em:** <http://www.polbr.med.br>. Acesso em : 25 maio 2010.

PIRES, Denise Elvira Pires de Pires (Org.), et al. **Consolidação da legislação e ética profissional**. Conselho Regional de enfermagem. Série cadernos de enfermagem. Vol. I, Florianópolis, 2010.

PITA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no**

Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

PORTELLI, Alessandro. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na história oral. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP**, São Paulo, n. 15, p. 13-49, abr. 1997.

PORTO, Fernando; AMORIM, Wellington (Org.). **História da enfermagem brasileira.** lutas, ritos e emblemas. São Paulo: Água Dourada, 2007.

PORTOCARRERO, Vera Maria. **Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** 1980. 162f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

POSTEL, Jacques ; Quéтел, Claude. **Historia de la psiquiatria.** México: Fondo de Cultura Econômica, 1993.

PRUDIC, Joan. Electroconvulsive therapy. In: SADOCK, Benjamin James; SADOK, Virginia Alcotte. **Kaplan & Sadok's comprehensive textbook of psychiatry.** 8. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 2968- 2983.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault.** Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

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

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. A medicalização do crime: a penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 193-206, maio/ago. 2007.

REIS, José Carlos. **Escola dos Annales** - a inovação em história. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. 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.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Clara Luz, 2005.

RIBEIRO, Diogo Ney. **Diogo Ney Ribeiro: depoimento** [abr. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

RIBEIRO, Diogo Ney. Relatório. Documento datilografado não publicado. In: **Acervo IPq-pSC/HCS**, 1979.

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

ROUDINESCO, Elisabeth et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relum&Dumará, 1994.

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

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Divisão de Políticas de Saúde Mental. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental** ((2008-2010), 2008. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/planosdesaudeamental. Acesso em: 24 maio 2010.

SANTOS, Jeanete Maria Pinheiro dos. **Jeanete Maria Pinheiro dos Santos: depoimento** [jul. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

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

SANTOS, Silvio Daniel. **Silvio Daniel Santos: depoimento** [set. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.1, p. 127-134, 2008. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 23 jun. 2010.

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

SHARPE, J. 1992. **A História vista de baixo**. In: BURKE, P. (Org.). Escrita da História: novas perspectivas. Trad. Magda Lopes. São Paulo, Edunesp.

SIDENEL: A voz do eletrecitário. ELETROSUL. IN: www.sidenel.com.br. Acesso em maio de 2010)

SILVA, Jaqueline. **Vizinhos da loucura: a ação institucional da Colônia Santana junto à comunidade que cresceu às suas margens**. Florianópolis, 2001. 55 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Departamento de História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVEIRA, Rafael Alcadipani da. **Michel Foucault: poder e análise das organizações**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Enfermagem Psiquiátrica no século XXI**. In STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado (orgs) Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais- Barueri, SP – Manoel, 2008 (Série Enfermagem).

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. 127f. Dissertação (Mestrado em Letras)- Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

STONE, Michael H. **A Cura da mente**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

STRATHERN, Paul. **Foucault (1926-1984) em 90 minutos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

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**. Produção SENAI- Rio de Janeiro, 1999, 207p.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. **Psiquiatria e a universidade no Brasil: a contribuição de João Carlos Teixeira Brandão no seu nascimento**. **Psychiatry On Line Brasil**, São Paulo, v.13, n. 11, nov. 2008. Disponível em: <http://www.polbr.med.br>. Acesso em:

15 fev. 2010.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Questões relativas a assistência médico-legal aos alienados e a alienados. Relatório Teixeira Brandão. *Psiquiatria e a universidade no Brasil: a contribuição de João Carlos Teixeira Brandão no seu nascimento*. **Psychiatry On Line Brasil**, São Paulo, v.15, Fev. 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br>. Acesso em: 15 maio 2010.

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

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

TOWNSEND, Mary Courtney. Psicofarmacologia. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidado**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2006.

TUNDIS, Silvério Almeida ; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). Introdução: cidadania, classes populares e doença mental. In: AMARANTE, Paulo; COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-13.

VIANNA FILHO, Abelardo. **Abelardo Vianna Filho**: depoimento [mar. 2009]. Entrevistador: Eliani Costa. Florianópolis, 2009.

VEIGA NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2004.

VERDI, Marta. **Da Haussmannização às cidades saudáveis**: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do século XX. 2002. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br
www.nfr.ufsc.br/pen

I – QUESTIONAMENTOS AOS ENFERMEIROS

1. Dados pessoais:

- Nome:
- Data e Local de seu nascimento:
- Endereço:
- Telefones de contato:
- Nome dos pais:
- Estado civil:

2. Aspectos pessoais relacionados à profissão

- Qual sua formação/Escola? Ano de formatura?
- Qual a sua situação profissional atualmente?
- Qual o motivo que a (o) levou a trabalhar na enfermagem e no HCS?
- Trabalhou em alguma instituição de saúde antes de começar a trabalhar no HCS?

3. Aspectos relacionados ao preparo profissional

- Que tipo de formação recebeu para gerenciar um serviço de enfermagem?
- Que tipo de formação recebeu para trabalhar em psiquiatria? Quais as condutas mais adotadas?
- Você teve algum tipo de influência para trabalhar na enfermagem ou na psiquiatria?

- Como se deu sua inserção no HCS? Em que ano foi? Por que foi trabalhar nessa instituição? Qual sua motivação?
- Em que setores (locais) trabalhou no HCS?
- A escola o preparou para gerenciar um serviço de enfermagem?
- Qual foi sua primeira impressão (sentimentos) ao conhecer a realidade do HCS?

4. Acesso/transporte

- Como era o acesso ao HCS?
- Qual o transporte utilizado?
- Recebiam alguma ajuda de custo para o transporte?

5. Recursos materiais

- Como era a manutenção do hospital? Tinha setor de mecânica/marcenaria /obras/horta/viveiro de aves/jardins.
- Quantas conduções para transporte o hospital dispunha nessa época: ambulância, carros?
- **Condições de trabalho**
- Como eram as condições de trabalho/saúde/lazer dos agentes de enfermagem?
- Como se estruturava fisicamente o HCS (enfermarias, celas, setor administrativo, setor de apoio, refeitório, rouparia, lavanderia, olaria, padaria, igreja, pocilga, horta, sapataria, pecuária, aviário, cemitério, entre outros)?
- Que tipo de apoio financeiro/administrativo/material recebia para desenvolver seu trabalho?
- Como era o salário?
- Recebiam uniforme? Era obrigatório usar o uniforme?

7. Recursos humanos

- Quais os recursos humanos que a Instituição possuía na época?
- Como era feita a admissão dos enfermeiros e dos demais funcionários?

- Como os funcionários eram selecionados para trabalhar na enfermagem?
- Quem era a equipe diretiva do HCS?
- Quem eram e de onde vinham as pessoas que prestavam os cuidados de enfermagem?

8. Recursos materiais

- Existia alguma norma a ser seguida pelos agentes em relação a aparência/comportamento/uniforme/modelo?
- Quais os serviços de apoio existiam no Hospital? Cozinha/nutrição/lavanderia/portaria/transporte/costura/esterilização/centro cirúrgico/capela/administração?

9. Aspectos relativos as práticas, cuidados e aos pacientes

- Quais os tratamentos e recursos eram realizados na época para a psiquiatria/saúde/doença mental?
- Como era o cuidado de enfermagem no HCS?
- Como (quais) eram os cuidados técnicos (prática) de enfermagem realizados?
- Como se caracterizavam os pacientes na época?
- Como era o ingresso dos pacientes na época?
- Quais fatores influenciavam os internamentos?
- Qual a perspectiva de alta / cura / tratamento domiciliar?
- Qual era a formação exigida dos agentes de enfermagem para poder realizar o cuidado?
- Quem preparava os agentes de enfermagem para a realização do cuidado?
- Havia normas/rotinas/manuais para serem seguidas quando da realização do cuidado?
- Eram realizados cursos treinamentos/palestras?
- Os agentes de enfermagem sabiam do significado das normas e rotinas?
- Havia livros de registros dos cuidados realizados?
- Quem supervisionava as atividades realizadas pelos agentes de enfermagem?
- O cuidado realizado pelos agentes de enfermagem era individualizado, considerando as particularidades de cada pessoa (crenças, valores, conhecimento/religião)?
- Como os agentes de enfermagem eram escolhidos para as atividades de enfermagem e como eram contratados?

- Qual a carga horária diária dos agentes de enfermagem?
- De onde vinham e onde moravam?
- Como eram feitos os curativos?
- Como eram estabelecidos os horários de cuidados/ Higiene e conforto/ medicação/alimentação?
- Como eram as visitas médicas? Eram diárias/tinham acompanhamento da enfermagem?
- Quanto tempo os doentes ficavam internados? Recebiam visitas?
- Existiam livros de plantão /ocorrências?
- Como eram os prontuários dos doentes/papeletas?
- As irmãs prestavam cuidados de enfermagem?
- Onde moravam as irmãs?
- Quais eram os cuidados realizados quando da morte de pacientes?
- Onde e como os pacientes eram encaminhados/ enterrados após a morte?
- Como eram cuidadas as enfermarias dos pacientes? A rotina diária?
- Com relação aos cuidados com a enfermaria dos pacientes, havia preocupação com a higiene/limpeza/ventilação/arrumação e aparência das camas? Como eram as roupas de cama e cobertores?
- As roupas/sapatos dos pacientes eram fornecidas pelo hospital?
- As roupas eram de tamanhos certos ou de tamanho único? Eram integras, desbotadas/cerzidas?
- Com relação à aparência dos doentes havia preocupação e cuidados com o cabelo/barba, dentes, etc?
- Como era o envolvimento dos cuidadores com o cuidado?
- Havia preocupação dos cuidadores com o cuidado de si?
- O cuidado prestado aos doentes mentais era realizado com base no dever e obrigação ou havia preocupação com o doente?
- Como se referiam ao doente? Pelo número do leito, pelo nome/sobrenome, por apelido?

- Havia preocupação com a privacidade do doente durante procedimentos (banho, trocas de curativo, exames em geral)?
- Quais os direitos e deveres dos doentes?
- O paciente tinha o direito de decidir e escolher o tratamento, o médico, o tempo de internação?
- Como era organizada e medicação?
- Havia pacientes que se recusavam a tomar a medicação?
- Quais eram as atitudes e comportamentos da equipe de enfermagem com relação aos familiares?

10. Aspectos culturais sobre a doença mental

- O que se pensava sobre atendimento de saúde e saúde mental no país?
- Quais eram as preocupações/medos/preconceitos dos cuidadores em relação à psiquiatria/saúde/doença mental?

11. Aspectos relativos ao saber/poder

- Como era o relacionamento dos profissionais de enfermagem entre si e com a equipe médica?
- Como eram as relações de autoridade/mando entre a equipe de enfermagem e as religiosas e com os outros profissionais (técnicos) e entre os internados e familiares?
- Como era a relação entre a enfermagem entre si e com os médicos, serviço social, psicologia?
- Como era o relacionamento da gerente de enfermagem com a equipe diretiva?
- Como eram as relações de poder político-partidárias com o HCS e com a enfermagem?

12. Aspectos políticos/partidários

- Como eram as relações político-partidárias com o HCS e com a enfermagem?
- Pertencia a algum tipo de associação profissional ou partido político na época?

13. Aspectos relacionados à ruptura da enfermagem laica com a enfermagem profissional

- Como se processaram as mudanças/rupturas no HCS no período em que trabalhou?
- Que modificações passaram a ocorrer com o ingresso do enfermeiro na Instituição (em termos de recursos humanos e físicos, mudanças administrativas, organizacionais)?

PERGUNTAS CHAVES

- Seria possível sintetizar quais foram as suas maiores contribuições na organização assistência de enfermagem no HCS?
- Você acha que os enfermeiros possuíam poder na enfermagem e na instituição?
- Quais transformações passaram a ocorrer na enfermagem do HCS em decorrência do poder/saber dos enfermeiros (para os enfermeiros: como gerente ou não) na sua época de atuação.

II - QUESTIONAMENTOS ESPECÍFICOS DE OUTROS PROFISSIONAIS

1. Aspectos pessoais relacionados à profissão

- Qual sua formação/Escola?
- Qual a sua situação profissional atualmente?
- Qual o motivo que a (o) levou a trabalhar no HCS?
- Trabalhou em alguma instituição de saúde antes de começar a trabalhar no HCS?

2. Aspectos relacionados ao preparo profissional

- Que tipo de formação recebeu para trabalhar em psiquiatria?
- Quais as condutas mais adotadas?
- Você teve algum tipo de influência para trabalhar na psiquiatria?
- Como se deu sua inserção no HCS? Em que ano foi? Por que foi trabalhar nessa instituição? Qual sua motivação?
- Em que setores (locais) trabalhou no HCS?
- Qual foi sua primeira impressão (sentimentos) ao conhecer a realidade do HCS?

3. Condições de trabalho

- Que tipo de apoio financeiro/administrativo/material recebia para desenvolver seu trabalho?
- Como era o salário?

4. Aspectos relacionais inter pessoais / inter profissionais (relações de poder/saber)

- Como eram as relações de autoridade/mando entre você e as irmãs da de caridade e com os outros profissionais (técnicos) e entre os internados e familiares?
- Como era a relação com a enfermagem e com o demais profissionais?
- Como era o relacionamento com o gerente de enfermagem com a equipe diretiva?
- Como eram as relações de poder político-partidárias com o HCS?

5. Aspectos políticos/partidários

- Pertencia a algum tipo de associação profissional ou partido político na época?

6. Aspectos culturais sobre a doença mental

- O que se pensava sobre atendimento de saúde e saúde mental no país?
- Quais eram as preocupações/medos/preconceitos dos agentes de enfermagem em relação à psiquiatria/saúde/doença mental?
- Como era a relação dos funcionários com os pacientes, em especial os funcionários que moravam na comunidade?

PERGUNTAS CHAVES

- Você acha que os enfermeiros possuíam poder na enfermagem e na instituição?
- Você acha que o saber dos enfermeiros era reconhecido pelos demais profissionais?
- Na sua visão ocorreram substanciais transformações na enfermagem do HCS em decorrência do poder/saber dos enfermeiros? Pode citar exemplos?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
GRUPO DE ESTUDOS DA HISTÓRIA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM E
SAÚDE (GEHCES)
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA (IPQ-SC)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (de acordo com a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde- Resolução 196/96)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que ficará uma cópia com você e outra com o pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e/ou Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: Título do Projeto: HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: O SABER PODER DOS ENFERMEIROS E AS TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS (1971-1981)

Pesquisadores Responsáveis: Eliani Costa e Miriam Süsskind Borenstein

Telefone para contato: IPQ-SC: (48) 3954-2033

Entrevistadora: Doutoranda Eliani Costa

A justificativa deste estudo está fundamentada na perspectiva de produzir um novo conhecimento sobre a constituição da enfermagem profissional no HCS, o qual se constituirá em um arquivo documental sobre a história da enfermagem em Santa Catarina, contribuindo como ensino e a pesquisa, bem como dar visibilidade a esses profissionais uma vez que existem poucos trabalhos que registram a evolução e história da Enfermagem na instituição.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uma abordagem sócio-histórica, que será desenvolvida ao longo do ano de 2008 e 2009. 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, poderá me contatar através do telefone: (48) 96281282 e/ou e-mail: elianicostabernardes@hotmail.com ou contatar a minha orientadora Prof.^a Miriam Süsskind Borenstein através dos telefones: (48) 32231050, (48) 99821391, (48) 99530865 e/ou e-mail: miriam@nfr.ufsc.br .

Aluna pesquisadora: _____
DD. Eliani Costa

Docente/Orientadora pesquisadora: _____
Dra. Miriam Süsskind Borenstein

APÊNDICE C: TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
GRUPO DE ESTUDOS DA HISTÓRIA DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM E
SAÚDE (GEHCES)
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA (IPQ-SC)

Termo 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 Tese de
Doutorado da Enfermeira Eliani Costa (HOSPITAL COLÔNIA
SANT'ANA: O SABER PODER DOS ENFERMEIROS E AS
TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS (1971-1981), podendo ser
utilizada integralmente, sem restrições de prazos, citações e
meios de divulgação, desde a presente data. Da mesma forma,
autorizo o uso da gravação a terceiros, ficando vinculado o
controle do GEHCES. Abduco assim dos meus direitos sobre a
entrevista, abdicação que alcança também meus descendentes.

Subscrevo-me atenciosamente.

Florianópolis, ___ / ___ / _____

(Adaptado de Borenstein, 2000, p. 206).

ANEXOS

ANEXO A: BIOGRAFIA RESUMIDA DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS



Abelardo Vianna Filho

Nasceu na cidade do Rio de Janeiro em 1939, e posteriormente, mudou-se com sua família para Santa Catarina. Em 1965, formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina, e realizou especialização em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Conheceu o HCS em 1963, quando começou a se interessar pela psiquiatria como área profissional futura. Posteriormente ocupou o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública e implementou e coordenou a interiorização da assistência psiquiátrica no Estado com a instalação de vários ambulatórios para atendimento de usuários do serviço de saúde mental nos diversos municípios catarinenses. Foi Diretor do HCS, conselheiro e tesoureiro da Associação Brasileira de Psiquiatria e um dos fundadores do Instituto Psiquiátrico São José. Manteve-se vinculado ao HCS até 1977, e teve expressiva atuação na instituição e na história da psiquiatria catarinense.



Dórgo Ney Ribeiro

Nasceu em Água Doce (SC) em 1945, e em 1970, formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalhou como médico clínico geral no Hospital Naval em Florianópolis, e em 1971, foi trabalhar também como clínico geral no HCS. Posteriormente, se especializou em psiquiatria através da prova de títulos promovida pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Foi diretor do HCS por duas gestões. Trabalhou na instituição como médico clínico e psiquiatra até 1992 quando se aposentou por problema de saúde.



Elisabete da Silva Melo

Nasceu em Florianópolis (SC) em 1947, e em 1971 formou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas atividades no HCS em 1972, logo após sua formatura. Organizou administrativamente o serviço de enfermagem propondo à direção a criação de um organograma estrutural com a criação do setor de enfermagem. Foi a primeira enfermeira que ocupou oficialmente o cargo de

chefe de enfermagem no HCS, cargo que exerceu nos anos de 1972 a 1974, quando solicitou transferência da instituição.



Jeanet Maria Pinheiro dos Santos

Nasceu em Porto União (SC) em 1949, e em 1971 formou-se em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas atividades no HCS em 1972.

Teve importante atuação na formação e organização do Serviço Social da instituição, bem como no processo de identificação dos pacientes internados na implantação das estratégias de desospitalização dos pacientes do HCS, na década de 1970.



Josel Machado Corrêa

Nasceu em São Sepé (RS) em 1950, e em 1971 formou-se em Enfermagem pela Faculdade Nossa Senhora Medianeira (RS). Mudou-se para Florianópolis (SC) após ter recebido a confirmação de pedido de emprego que fizera

por meio de carta ao Secretário de Estado da Saúde Prisco Paraíso. Iniciou suas atividades como enfermeiro no Hospital Governador Celso Ramos em 1972, mas logo, solicitou sua transferência para o HCS, área que se interessou desde sua

formação universitária. Coursou também a Faculdade de Direito, fez especialização e mestrado na área de saúde mental na Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. Posteriormente fez o curso de doutorado na área de direito. Foi professor de enfermagem psiquiátrica no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas atividades no HCS em 1972, permanecendo até 1988, quando passou a se dedicar somente à docência na disciplina de enfermagem psiquiátrica na UFSC. Posteriormente, abandonou a enfermagem, a passou a se dedicar somente à área de direito, tanto na docência como na prática profissional.



Júlio César Gonçalves

Nasceu em Florianópolis (SC), em 1941, e em 1967, formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina e posteriormente realizou especialização

em Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro. Iniciou suas atividades no HCS como estagiário de medicina e posteriormente, em 1971, foi convidado a trabalhar nessa instituição como médico e diretor. Ocupou o cargo de diretor em duas gestões, faz parte do grupo de médicos que na década de 60 criou o Instituto Psiquiátrico São José. Foi professor de psiquiatria na Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina e exerceu várias atividades de classe em sua vida profissional.



Manoel Henrique Prisco Paraíso

Nasceu em Salvador (BA), em 1927 e, em 1950, formou-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Posteriormente se especializou em Clí-

nica Cirúrgica na cidade do Rio de Janeiro, onde conheceu sua futura esposa que era catarinense, e por esse motivo mudou-se para Santa Catarina. Iniciou suas atividades na cidade de Florianópolis em 1955, como cirurgião no Hospital São Sebastião e no Hospital de Caridade. Posteriormente, em 1956 foi convidado para trabalhar como cirurgião nos Hospitais Colônia Santa Teresa e HCS. Participou da criação das Faculdades de Medicina e de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Foi professor de Técnica Operatória na faculdade de medicina, e em 1971, foi convidado pelo Governador Colombo Machado Salles para assumir como Secretário de Estado da Saúde.



Maria Lenise Mazarakis

Nasceu em Florianópolis em 1956 e em julho de 1978, formou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas

atividades no HCS em março de 1979, permanecendo até 1992, quando solicitou transferência para o Centro de Atenção Psicossocial em Florianópolis (SC), onde se aposentou por motivo de doença em 2007. Coursou também a Faculdade de Psicologia na Universidade do vale do Itajaí (SC). Teve

importante atuação no HCS, em especial, na organização e desenvolvimento do atendimento clínico aos pacientes. Exerceu o cargo de chefia de enfermagem por dois anos, retornando a assistência na Unidade de Clínica Médica do HCS, demonstrando toda a sua afetividade com o trabalho que lá desenvolvia.



Maria Sirene Cordioli

Nasceu em Braço do Norte (SC), em 1949, e em 1971 formou-se em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas atividades no HCS em 1972. Teve importante atuação na formação e organização do Serviço Social da instituição, bem como no processo de identificação dos pacientes internados na implantação das estratégias de desospitalização dos pacientes do HCS, na década de 1970.



Miriam Susskind Borenstein

Nasceu em Porto Alegre (RS) em 1954, e em 1976 formou-se em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (RS). Mudou-se para Santa Catarina acompanhando seu esposo que passou a trabalhar na UFSC. Prestou concurso para cursar a segunda turma de Residência de Enfermagem Psiquiátrica no HCS, não iniciando seu intento, em função da extinção do curso. Na mesma época fez também concurso para a Fundação Hospitalar de Santa Catarina iniciando suas atividades com enfermeira no HCS em março de 1978. Ocupou o cargo de chefe do Serviço de

Enfermagem por duas gestões. Iniciou o curso de mestrado na UFSC em 1978 e posteriormente realizou concurso sendo contratada como docente no Departamento de Enfermagem. Desenvolveu importantes trabalhos no HCS na assistência à pacientes na Unidade de Dependentes Químicos e outros projetos assistenciais. O período em que exerceu o cargo de chefe do serviço de enfermagem no HCS foi marcado pela preocupação com o processo de educação e formação e aumento do número dos agentes de enfermagem, em especial, enfermeiros. Concluiu o curso de doutorado e tornou-se pesquisadora do CNPq, orientando várias enfermeiras do HCS nos cursos de mestrado e doutorado na UFSC.



Silvío Daniel Santos

Nasceu na cidade de Florianópolis (SC) em 1950. Em outubro de 1971 iniciou suas atividades no HCS como estagiário, e em 1972, foi contratado como atendente de enfermagem, quando da incorporação do HCS pela FHSC. Posteriormente, já na década de 1990, realizou o curso de Auxiliar de enfermagem. Aposentou-se em 2010. Sua passagem na instituição foi marcada por sua disponibilidade, ética, educação e pela forma como cuidava dos doentes dos doentes mentais.



Sonir Malara

Nasceu em São Joaquim (SC) em 1948, e em 1971 formou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas atividades no HCS como estagiária em 1971, e em 1972, foi contratada como enfermeira, permanecendo até 2003, quando se aposentou por tempo de serviço. Por ocasião de sua aposentadoria recebeu uma homenagem da instituição, com a inauguração de uma enfermaria que levou seu nome: Unidade Sonir Malara. Fez especialização em saúde mental na cidade do Rio Grande do Sul e completou seus estudos em enfermagem psiquiátrica em Barcelona (Espanha).



Valdete Preve Pereira

Nasceu em Laguna (SC) em 1956, e em 1978 formou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Iniciou suas atividades no HCS em 1979. Exerceu a função de chefe do serviço de enfermagem e posteriormente assumiu outros cargos junto a direção da instituição, tendo seu trabalho sido reconhecido publicamente em várias oportunidades, tanto na assistência direta aos pacientes, como na implementação e coordenação de vários serviços. Fez especialização em gerontologia e mestrado na UFSC. Desenvolveu importantes trabalhos com a população idosa do HCS e fundou o Centro de Convivência Sant'Ana do IPq-SC em 1996. Um dos trabalhos desenvolvidos por esta enfermeira, juntamente com Enfermeira Miriam S. Borenstein, iniciado em 1979, teve projeção nacional, com o posterior controle total da pediculose nos pacientes internados no HCS. Aposentou-se em 1910 após mais de 30 anos de trabalhos prestados à instituição.



Verita Conceição Elias

Nasceu em 1949, em Cachoeira do Sul (RS) e em 1972, formou-se em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem de Santa Maria (RS). Mudou-se para Florianópolis para

trabalhar na FHSC e iniciou suas atividades do HCS em 1973. Teve importante atuação na assistência de enfermagem da instituição com atenção especial com o incentivo e ensino do auto cuidado aos pacientes e respeito à subjetividade. Afastou-se do HCS em 1978 e iniciou o Curso de Direito, tornou-se advogada, abandonando a enfermagem. Posteriormente foi aprovada em concurso público para a procuradoria Estado em Santa Catarina, se aposentado neste cargo por tempo de serviço.



Wilson Kraemer de Paula

Nasceu em Santa Maria (RS) em 1942, e 1966 formou-se em Enfermagem pela na Escola de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (RS). Mu-

dou-se para Santa Catarina começando a trabalhar no recém inaugurado Hospital Governador Celso Ramos em 1967. Posteriormente prestou concurso para professor do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi designado para assumir a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e encaminhado para aperfeiçoar-se na área de psiquiatria na USP, na cidade de Ribeirão Preto. Iniciou suas atividades no HCS em 1971, após ter sido convidado para compor a equipe de saúde mental que daria início a uma série de transformações na assistência em saúde mental. Teve importante atuação na formação e organização da instituição promovendo ações

inovadoras na assistência psiquiátrica catarinense. Permaneceu no HCS até 1977, quando se demitiu, passando a se dedicar somente à docência de enfermagem psiquiátrica na UFSC, onde se aposentou em 1995.⁹⁵

⁹⁵ Biografia completa de Wilson Kraemer de Paula acessar: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here>: Wilson Kraemer de Paula: da trajetória de um homem à história da enfermagem psiquiátrica em Santa Catarina. **História da Enfermagem - Revista Eletrônica**, Brasília, v.1, n. 1, p. 24-34, abr. 2010.

ANEXO B: CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA COM SERES HUMANOS

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos</p> <p style="text-align: center;">CERTIFICADO Nº 257</p> <p>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.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo 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</p> <p style="text-align: center;">APROVADO</p> <p>PROCESSO: 300/08 FR-222239</p> <p>TÍTULO: "O saber e o poder das enfermeiras gerentes do Hospital Colônia Santana de 1970 a 1995".</p> <p>AUTORES: Miriam Sleskind Borstein e Eliani Costa</p> <p>DPTO.: CCS/UFSC</p> <p style="text-align: right;">FLORIANÓPOLIS, 03 de novembro de 2008.</p> <p style="text-align: center;">  Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Pereira de Souza </p>
---	--

OBERVAÇÃO: O título final do projeto foi modificado durante a elaboração da tese.