

Os primeiros anos do Hospital Colônia Aduino Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958)

YONISSA MARMITT WADI*
ATTILIANA DE BONA CASAGRANDE**

1. Introdução

O trabalho proposto apresenta uma discussão acerca da constituição e dos primeiros anos de desenvolvimento do *Hospital Colônia Aduino Botelho* (HCAB), entre os anos de 1954 e 1958. No estado do Paraná, seguindo um movimento iniciado em outros estados brasileiros ainda no século XIX, pode-se situar a emergência de uma assistência aos tidos como loucos, com a inauguração do hospital psiquiátrico, no início do século XX, e sua gradativa ocupação e transformação pelos profissionais da medicina. As duas primeiras instituições psiquiátricas paranaenses – ambas privadas, ligadas a grupos religiosos e situadas na capital Curitiba – foram inauguradas respectivamente em 1903 e em 1945. Somente em 1954 foi inaugurado o terceiro hospital psiquiátrico do estado, mas primeiro – e até hoje único – hospital psiquiátrico público do estado do Paraná, o HCAB. Uma das características mais marcantes da assistência psiquiátrica neste estado da federação é sua administração desde tempos idos por grupos privados, com financiamento em larga escala por recursos públicos.

Busca-se assim neste artigo, compreender em primeiro lugar, os movimentos que levaram a fundação deste hospital considerando-se a articulação entre a assistência a psicopatas – como era então nominada a atual assistência à saúde mental – e a política nacional de saúde, que preconizava, à época, a criação de instituições manicomiais do tipo hospital-colônia. Problematiza-se a seguir como, em seus primeiros anos de funcionamento, sob a direção do psiquiatra Arnaldo Gilberti – representante do Ministério da Saúde no Paraná –, articularam-se os preceitos de tal política, cujo alicerce era a praxiterapia, com um cotidiano institucional marcado por uma realidade

* Professora do PPG em História e do CCHS da UNIOESTE; Doutora em História; Bolsista de Produtividade em Pesquisa – CNPq. Este trabalho apresenta resultados do Projeto de Pesquisa “Assistência psiquiátrica no Estado do Paraná: mapeamento histórico das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”, financiado pelo CNPq e Fundação Araucária de Pesquisa – PR.

** Licenciada em Ciências Sociais e estudante de Bacharelado em Ciências Sociais da UNIOESTE; Bolsista PIBIC – CNPq / UNIOESTE.

que se impõe do ‘exterior’ à instituição e que conduz, por exemplo, à superlotação, diagnosticada por alguns, como resultado da alta demanda de internações e a ineficácia dos tratamentos adotados.

O desenvolvimento deste trabalho foi possível a partir da realização de uma pesquisa anterior, que tinha em sua agenda o mapeamento e posterior pesquisa de campo, localizando os acervos documentais existentes nos hospitais especializados em psiquiatria do Estado do Paraná. Na presente análise utilizamos 37 relatórios do HCAB, produzidos por seu primeiro diretor e pelo diretor interino, o psiquiatra Jayme Paulo Etzel. Utilizamos também, entre outros documentos, como o primeiro Regimento Interno do HCAB, Mensagens de Governadores do Estado do Paraná e o Plano Hospitalar Psiquiátrico: Sugestões para a ação supletiva da União, publicado pelo Departamento Nacional de Saúde, em 1941.

2. A Política Nacional de Saúde, a Assistência Psiquiátrica e a fundação do *Hospital Colônia Adauto Botelho*

A construção do Hospital Colônia Adauto Botelho coroou, no estado do Paraná, um planejamento da assistência psiquiátrica brasileira, gestado anos antes, em 1941, através de um documento intitulado *Plano Hospitalar Psiquiátrico: sugestões para uma ação supletiva da União*. Este plano fora formulado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado no mesmo ano, e que passou a congregar a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) de abrangência nacional e a assistência a psicopatas prestada no então Distrito Federal (RJ), fortalecendo a formulação de uma política assistencial psiquiátrica de âmbito nacional. (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010; WADI, 2009; WADI, 2010) O plano de 1941 foi gestado a partir de um inquérito iniciado em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), que avaliou as condições da assistência psiquiátrica no país e, em sua súmula do estado da assistência psiquiátrica oficial, o Estado do Paraná, figurava – juntamente com os estados do RS, PE, SP e MG – entre aqueles que assistiam e tratavam os doentes mentais por métodos atualizados, fazendo a prevenção das psicopatias e realizando serviços sociais, isto apesar de contar com uma estrutura pequena de atendimento, ou seja, apenas um hospital.¹

¹ O único hospital psiquiátrico do Paraná à época era o *Hospital Nossa Senhora da Luz*, hospital beneficente, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

Considerando o estado da assistência o plano oferecia sugestões para ações a serem desenvolvidas pela união, tais como o auxílio técnico da Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) aos Estados, para a elaboração de plantas de construção de instituições, que deveriam seguir um critério uniforme, conforme as técnicas assistenciais modernas e as possibilidades econômico-financeiras dos próprios estados. O padrão sugerido pelo plano foi o de construções do tipo do Hospital-Colônia, modalidade hospitalar considerada na época como moderna, eficiente e menos dispendiosa. (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010; WADI, 2009; WADI, 2010)

A criação de hospitais desta modalidade não foi, porém, uma invenção desta época histórica, pois desde a primeira metade do século XIX já se constata a existência de colônias inspiradas nas idéias de Philippe Pinel, idéias estas que se difundem pelo mundo inteiro. No Brasil, colônias de alienados – como as Colônias de São Bento e de Conde de Mesquita, fundadas em 1890 na Ilha do Governador, RJ – foram fundadas paralelamente à estatização do Hospício de Pedro II, transformado em Hospício Nacional de Alienados logo após Proclamação da República, com o intuito primeiro de desafogar o grande hospital superlotado, transferindo para estas os doentes crônicos. (RESENDE, 1992)²

Porém, se grande parte das colônias do período anterior foram criadas com a premissa básica de desafogar os grandes hospitais urbanos superlotados, a partir da remoção para estas de parte de seus internos, os chamados doentes crônicos; outra parte – das quais os exemplos mais contundentes talvez sejam o Hospício do Juquery em São Paulo (1898) e a Colônia de Jacarepaguá, depois renomeada Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro (1924)–, propunha “tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil” (RESENDE, 1992: 51) ou “ajudar na “recuperação do doente crônico” (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010: 66), através do contato com a “vida bucólica” do campo, da realização da praxiterapia, do contato com gente normal e sadia, fosse esta constituída pelos funcionários ou famílias das redondezas do hospital, que “ajudassem a inserção dos pacinetes numa vida social mínima e propiciassem um convívio doméstico”. (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010:

² Na tabela intitulada “*Seqüência histórica do surgimento de locais para internamento de doentes mentais nos vários pontos do território nacional*”, referente ao período entre 1841 e 1954, constante neste texto de Resende, pode-se observar a existência de doze hospitais-colônia estabelecidos antes de 1941, data da divulgação do plano hospitalar.

65.) Esta parte do tratamento, denominada de assistência hetero-familiar, foi assim descrita por Juliano Moreira, em 1910, referindo-se a construção da colônia de Jacarepaguá:

Anexo ao hospital-colônia, em seus limites, deve o governo construir casinhas higiênicas para alugar as famílias dos empregados que poderão receber pacientes suscetíveis de serem tratados em domicílio. Fará-se-há assim assistência familiar. Se nas redondezas da colônia houver gente idônea a quem confiar alguns doentes, poder-se-há ir estendendo essa assistência hetero-familiar e até tentar a homo familiar (Juliano Moreira apud VENÂNCIO e CASSILIA, 2010: 65)

O modelo proposto em 1941 parece seguir esta percepção quanto ao formato e as práticas a serem desenvolvidas pelos hospitais colônia, estrutura privilegiada como padrão pelo plano de 1941. Nas palavras de Venâncio e Cassilia:

O formato do hospital-colônia expandia-se nos moldes de um complexo hospital. Ocupava área física considerável e, portanto, nos casos por nós conhecidos, afastado dos núcleos mais urbanizados dos estados, formado por pavilhões e por outras estruturas assistenciais que passavam a incluir o tratamento com modernas técnicas biológicas – como as psicocirurgias – associadas à praxiterapia voltada para o trabalho agrícola e ao isolamento. (...) Durante a gestão de Adauto Botelho (1941-1954) no SNDM a instituição padrão hospital-colônia foi largamente implantada em diferentes estados brasileiros. (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010: 63)

A idéia de expandir os hospitais públicos, no molde do plano hospitalar de 1941, consolidou-se com o decreto-lei 8.550, de três de janeiro de 1946, que autorizou o SNDM a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Tal planejamento materializou-se no estado do Paraná já no ano seguinte, em 1947, quando teve início a construção do hospital-colônia em terreno distante 26 km do centro da capital Curitiba, no bairro do Canguíri no município de Piraquara³, doado pelo Governo do Estado. A construção de tipo pavilhonar “em espinha de peixe” (PARANÁ, s.d.: 27), com 2.123 m² de área construída, foi finalizada em 1951, porém, em razão de interferência do SNDM – considerando que o hospital não tinha material necessário para seu funcionamento –, apenas em cinco de junho de 1954 o hospital foi aberto ao público.

O hospital foi projetado para receber 350 internos e seu nome foi dado em homenagem ao então diretor do SNDM, o psiquiatra conceituado e professor de

³ Quando de sua fundação em 1954, a área onde está localizado o hospital pertencia ao município de Piraquara. Com a criação do município de Pinhais, a partir de desmembramento daquele município, em 1992, passou a pertencer a este.

psiquiatria, no Rio de Janeiro, Aduino Botelho.⁴ O primeiro médico – exigência legal desde o Decreto Federal n. 24.559, de três de julho de 1934– a ocupar o cargo de diretor dessa instituição foi o psiquiatra Arnaldo Gilberti, representante do Ministério da Saúde que a convite do próprio diretor do SNDM, viera ao Paraná anos antes para implantar uma rede de assistência psiquiátrica.

Esta assistência iniciara-se em 1944, com a fundação do primeiro ambulatório psiquiátrico de Curitiba, tendo a frente o futuro diretor do HCAB. Dois anos depois, em maio de 1946, no primeiro governo de Moysés Lupion, o Departamento Estadual de Saúde fora elevado à categoria de Secretaria da Saúde e de Assistência Social, por meio do decreto-lei 615. No final desta mesma década, segundo Fernandes Junior, foi criado o Departamento Estadual de Higiene Mental e de Assistência a Psicopatas, “com o intuito de prestar assistência psiquiátrica à população paranaense, quase que sem nenhum recurso disponível neste ramo de atividades da saúde”. (FERNANDES JUNIOR, 1987: 61) Inserido nos ditames da política nacional de saúde e dos seus desdobramentos regionais, a construção do HCAB tornou-se assim, naquele período histórico, a maior ação pública no sentido de sanar tal deficiência.

O HCAB foi gestado sob os auspícios do Plano Hospitalar Psiquiátrico e do SNDM, então dirigido por Aduino Botelho. Porém, logo nos primeiros meses de seu funcionamento em 1954, com o final do governo Vargas em agosto do mesmo ano, assistiu a mudança da direção do referido órgão, cuja direção passou então ao psiquiatra paranaense radicado no Rio de Janeiro, Jurandyr Manfredini, que fora indicado pelo então ministro da saúde Aramis Taborda de Ataíde. (VIDAL; AMORIM, 2008)⁵ Para Lougon, tal mudança significou a “transição do poder decisório na elaboração da Política de Saúde Mental do núcleo originado no SNDM para o núcleo originado na ‘Psiquiatria Universitária’.” (LOUGON, 2006: 56) Não temos evidências ainda sobre o

⁴ No mesmo ano da fundação daquele para o qual dirigimos nosso olhar, outros dois hospitais colônias foram nomeados “Aduino Botelho”, um em Aracaju (SE) e outro em Vitória (ES). Cf. RESENDE, 1992.

⁵ Conforme os autores: “Em 16 de setembro de 1954, por Decreto do Presidente em exercício, João Café Filho, Jurandyr Manfredini substituiu Aduino Botelho na Direção do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), indicado pelo Ministro da Saúde Aramis Taborda de Ataíde. Em 1955, foi publicado o primeiro exemplar da Revista Brasileira de Saúde Mental, fundada por iniciativa de Jurandyr Manfredini, como órgão científico para divulgação dos trabalhos e pesquisas de médicos e técnicos componentes do Serviço Nacional de Doenças Mentais e seus órgãos subordinados, sua previsão era trimestral e objetivava complementar os Anais do Serviço Nacional de Doenças Mentais, que passaram a ser responsáveis somente pela divulgação de fatos administrativos.”

impacto – se é que houve algum – de tal mudança na trajetória subsequente do HCAB, que manteve-se sob a direção do psiquiatra Arnaldo Gilberti até 1958.

3. A organização do *Hospital Colônia Adauto Botelho* nos primeiros anos

O Regimento Interno do HCAB elaborado e anexado ao primeiro relatório da gestão do diretor Arnaldo Gilberti, em 1955, definia que o hospital destinava-se ao “recolhimento e tratamento de doentes mentais de ambos os sexos, adultos e crianças de qualquer nacionalidade, cor ou religião”. (PARANÁ, s.d.: 1)⁶

Este regimento estabelecia também uma divisão geral organizativa do HCAB em Diretoria; Secção Administrativa; e Secção Médica. A Diretoria teria como representante, de acordo com o Decreto Federal n. 24.559, de três de julho de 1934, um médico especializado em psiquiatria. Dentre as diversas atribuições do médico diretor, algumas se destacavam como: “dirigir e superintender técnica e administrativamente o hospital”; “despachar pessoalmente com o Diretor do Departamento de Higiene Mental e Assistência a Psicopatas” (DHMAP); “baixar portarias, instruções e ordens de serviço”; “admitir e dispensar, com prévia autorização do Diretor do DHMAP, o pessoal habilitado e necessário ao serviço”; propor à direção do mesmo departamento as providências necessárias ao aperfeiçoamento do Serviço; propor melhoria de salário, elogiar, advertir, repreender e suspender servidores; “autorizar a admissão, transferência e alta de doentes, despachando os requerimentos” correspondentes e em cumprimento das exigências legais; coordenar as demais secções; além de “opinar em todos os assuntos relativos às atividades do Hospital, dependentes de solução de autoridades superiores e resolver os demais, ouvido o órgão superior”. (PARANÁ, s.d.: 3-4)

À Secção Administrativa (SA) competia “a orientação, controle e execução das atividades de administração, em harmonia com o Diretor, ao qual está diretamente subordinado”, havendo ainda algumas competências estritas a chefia desta. (PARANÁ, s.d.: 4) A administração devia ser exercida através dos órgãos subordinados, como: portaria; secretaria; serviço de pessoal; almoxarifado; contabilidade e tesouraria; lavanderia, rouparia e serviço de costura; conservação e reparos; cozinha e dispensa;

⁶ Manteve-se a terminologia originalmente encontrada neste e nos demais documentos, quando se refere ao que se denomina atualmente como usuários institucionais, ou seja, “doentes mentais”, “pacientes”, “internados”.

nutrição e dietética; água, luz e força; caldeira; transporte; horta e jardim; comunicações; oficinas.

A Secção Médica (SM), chefiada por um servidor médico designado pelo diretor, competia “a orientação, controle e execução das atividades médicas e serviços auxiliares”. Todas as atividades desenvolvidas pelo corpo clínico do hospital, alocados nos serviços auxiliares desta seção, deveriam estar, conforme o regimento, “em harmonia com o Diretor, [ao] qual estavam diretamente subordinados”. (PARANÁ, s.d.: 6-7) Tais serviços auxiliares eram: o serviço clínico propriamente dito; serviço cirúrgico; serviço de fisioterapia e fisiodiagnóstico; serviço psicotécnico; farmácia; laboratório de análises clínicas; serviço de arquivo médico e estatístico, com seções no registro e informações; serviço social; serviço de enfermagem; praxiterapia; biblioteca; necrotério. A incumbência dessas baseava-se na orientação, controle e execução das atividades de administração na primeira e das atividades médicas e serviços auxiliares na segunda em harmonia e conformidade com o Diretor.

O regimento estabelecia ainda regras quanto à lotação e horário dos funcionários, quanto às visitas aos doentes e quanto à própria admissão destes. Todo o capítulo II do Regimento versa sobre este regime, indicando quem podia e sob que condições ser internado no hospital. Define, em primeiro lugar, que “todo e qualquer doente só será internado no Hospital-Colônia, por solicitação dos médicos pertencentes ao seu corpo clínico, passando previamente pelo Serviço de Triagem e Internação” e com autorização do Diretor. Assim, o hospital-colônia recebia doentes não contribuintes, os quais tinham assistência médica-farmacêutica e hospitalar gratuitamente e ainda, pacientes contribuintes que custeavam diárias, medicamentos, exames complementares e demais despesas relacionadas com o tratamento, por meio de depósitos feitos por seus responsáveis de acordo com a tabela em vigor. Ressalta que as contas dos doentes eram saldadas mensalmente e que, quando verificada a suficiência econômica destes ou de seus responsáveis, o paciente ficaria sujeito aos pagamentos citados e se, caso não fosse cumprido tal dispositivo, acarretaria sua transferência para o serviço geral. Contribuintes de Institutos de Previdência eram internados mediante contrato firmado pelos órgãos competentes.

Este capítulo do regimento indica ainda que, enquanto não estivesse concluído o Manicômio Judiciário, haveria a destinação em cada seção do hospital de uma

dependência para internamento de “a – delinquentes isentos de responsabilidade por afecção mental quanto a critério do Juiz, se assim exigir a segurança pública; b – condenados que se achando recolhidos às prisões, apresentarem perturbações mentais; c- acusados que necessitem de ser submetidos a observação ou a tratamento psiquiátrico.” Por fim, o capítulo estabelece o regime legal ao qual estavam sujeitos os doentes internados no HCAB, ou seja, o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934 e todos os demais “regulamentos baixados pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais.” (PARANÁ, s.d.: p.2)

Nas disposições gerais que fecham o Regimento há um importante artigo (o de n. 27) referente ao Serviço de Praxiterapia, um dos alicerces da assistência psiquiátrica nos hospitais-colônia e que será alvo de intensos debates e contestações logo no início do funcionamento do HCAB, mantendo-se como pauta crítica ao longo da existência de tais formas institucionais. Neste artigo, há a indicação de um sistema de gratificação para os doentes que executarem trabalhos vinculados ao este serviço, estabelecendo que 50% do total desta seria entregue ao doente (em dinheiro ou prêmio) e os restantes 50% ficariam em caixa (como pecúlio de reserva) até que o doente recebesse alta.

O cumprimento ou não, das regras estabelecidas neste primeiro regimento, pode ser observado nos relatórios da gestão do psiquiatra Arnaldo Gilberti, entre 1954 e 1958, pois tais relatórios apresentam informações sobre a estrutura física, o funcionamento administrativo e do serviço médico – em suas diferentes seções –, além de fornecer muitas informações importantes para conhecer-se o perfil dos internos, com dados sobre as “doenças” que os traziam ao HCAB e as terapêuticas adotadas neste para seu tratamento e cura. Enfim, há um rico quadro sobre a relação entre as regras formais e o cotidiano institucional – onde interagem sujeitos vários, como médicos, funcionários e internos –, do qual apresentamos neste texto apenas um breve relato.

Já no primeiro relatório relativo ao ano de 1954, encaminhado ao DHMAP, é possível perceber tais tensões cotidianas. Assim, logo após louvar a glória dos primeiros meses de funcionamento do hospital – uma instituição que chama modelar –, o diretor elenca a existência de dificuldades que impediam a concretização imediata de todas as aspirações postas neste modelo de instituição psiquiátrica. E assim, neste relatório, o diretor destaca duas dificuldades estruturais relacionadas à localização do hospital, uma de caráter imediato, outra que apareceria no futuro: o trajeto irregular e a falta de

pavimentação da estrada de acesso ao hospital, que se origina na Serra da Graciosa, e a impossibilidade de ampliações futuras do hospital. Neste caso, argumenta o diretor, que apesar de construído em terreno de campo plano, com aproximadamente oito alqueires, o hospital estava mal localizado, pois a uma curta distância à sua direita, estava sendo construído o prédio do Manicômio Judiciário, e a referida estrada passava “obliquamente a frente do pavilhão de administração, confinando com o muro do pátio de doentes calmos da ala masculina.” (PARANÁ, s.d.: 26-7)

Ressalvados tais comentários e alguns outros relativos a lotação do hospital – que discutiremos a frente –, sobre a necessidades de reparos nas janelas e nos muros para evitar fugas, sobre a ausência de recursos materiais e humanos para operar alguns serviços complementares (eletroencefalografia, raios X, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e fisioterapia); o restante deste relatório é uma apresentação da boa organização e funcionamento do mesmo. Aparece assim, uma detalhada descrição das seções e pavilhões, onde Gilberti destaca inclusive o tipo de mobiliário e os equipamentos existentes (como uma cozinha “Wallig” ou dois refrigeradores “Eletrofio”), além da apresentação das dependências que compõe os pavilhões, tudo ilustrado com muitas fotos e seguido de uma conclusão, onde assinalou o diretor: “ser ele [o hospital] de construção moderna, desnecessário, portanto se torna dizer haver completa separação de sexos, é bem arejado e ensolarado, janelas do tipo ‘Hitz – Heitor Perez’, sendo que nos pavilhões de vigilância continua e no de sórdidos, são elas protegidas com telas de arame grosso e no pavilhão de delinquentes, os vidros são ‘telados’.” (PARANÁ, s.d.: 31)

Detalhes sobre o abastecimento de água, a rede de esgotos, o recolhimento de lixo, o sistema de intercomunicações⁷, a alimentação dos internos e funcionários⁸, o

⁷ O abastecimento de água era feito “pela adutora que outrora servia Curitiba” que embora abundante, o hospital ainda dispunha de um reservatório com capacidade para 300.000 litros. A rede de esgotos era constituída por um sistema de fossas de decantação, situado aproximadamente 500 metros da área construída. O sistema de intercomunicações dispunha de rede interna de telefones automáticos, com 32 aparelhos e de uma extensão do posto Zootécnico para a Central Telefônica da capital. Naquele momento, o HCAB ainda não dispunha de depósito de lixo e havia a perspectiva de construção de um forno crematório – que será fator descrito como necessidade nos diversos relatórios seqüentes. Cabe ressaltar que outra intenção para a coleta do lixo, era de prover o aproveitamento dele em adubo, uma vez que se pretendia intensificar a plantação já iniciada em práticas de praxiterapia.

⁸ A alimentação dos internados e funcionários era baseada em café com leite, pão e manteiga pela manhã, almoço às 11 horas, café às 14 horas e jantar às 17 horas, distribuídos em carros térmicos. Os pensionistas recebiam ainda, chá às 20 horas.

funcionamento – em conformidade com as exigências técnicas, com materiais suficientes e profissionais especializados – dos serviços do gabinete dentário, laboratório, farmácia, secção de psicologia e serviço cirúrgico, aparecem ainda no mesmo relatório.

Arnaldo Gilberti destaca também que, no período do relatório, o corpo clínico do HCAB responsável pela assistência médica, estava composto por quatro médicos psiquiatras, um médico residente, um cirurgião e sete acadêmicos que, além dos serviços clínicos pela manhã, faziam plantão pelo sistema de rodízio, inclusive aos domingos e feriados. O cirurgião, bem como um dos acadêmicos, pertencia ao Departamento de Saúde e estava à disposição do hospital. Nesse sentido, o hospital tinha uma assistência médica permanente, além de contar com assistência religiosa, destinada aos internados, todas as segundas-feiras e da celebração de uma missa no último domingo de cada mês.

Este primeiro relatório apresenta um quadro do “Movimento de doentes – Ano de 1954”, quadro este que só se repetirá – dentre os relatórios apresentados por Gilberti como diretor do HCAB – no relatório referente ao primeiro trimestre de 1955. No primeiro relatório, como no de 1955, aparece a relação “entradas / saídas / existentes”, por sexo (dividida ainda em adultos e crianças) e por diagnóstico. Tal relação explicita em relação aos sete primeiros meses de funcionamento do hospital, que a maioria das entradas é de homens (461), sendo estes também os que mais saem (301); já as mulheres entram em menor número (283) e também saem menos (101), restando no computo, ao final do ano mais mulheres (182) internas do que homens (160). Com relação aos diagnósticos dados na entrada dos pacientes, durante o ano de 1954, observa-se como o mais freqüente, a esquizofrenia (em sua forma simples, hebefrênica e catatônica), tanto para homens (139), quanto para mulheres (115). Para os homens, em segundo lugar, vinha a psicose exotóxica - alcoolismo (49), seguido de perto pela epilepsia - psicose epilética (45). Já para as mulheres, o segundo diagnóstico mais freqüente foi a epilepsia - psicose epilética (38), seguido pela psicose maníaco-depressiva, em sua forma maníaca (23). Já entre as crianças, de ambos os sexos (com preponderância do sexo masculino), o diagnóstico mais comum foi a epilepsia – psicose epilética.

Com relação às altas ocorridas durante o ano de 1954, o relatório indica que 111 internos foram classificados como curados, 207 melhorados, 66 sem alteração, havendo ainda, nove evasões, dez óbitos e duas transferências. Estas são informações que, ao contrário daqueles existentes no quadro geral comentado, constam em todos os demais relatórios do período da gestão de Gilberti. Porém nestes, os dados sobre altas ou a relação a relação “entradas / saídas / existentes” é apresentada separada por seções (masculina, feminina, infantil) e seguida pelos títulos “tratamento” ou “terapêutica”, nos quais são indicadas as quantidades de aplicações de “eletrochoque”, “cardiazol”, “insulina”, “injeções venosas”, “punções venosas”, entre outras práticas terapêutica.

Este primeiro relatório, relativo aos sete meses iniciais de funcionamento do HCAB, foi explorado em profundidade da medida em que apresenta de forma mais detalhada a organização e as práticas hospitalares. Os relatórios subsequentes, produzidos pelo diretor trimestralmente ou mês a mês, já não apresentam a riqueza de detalhes deste primeiro em relação a estrutura hospitalar, quiçá porque não houveram mudanças substanciais em relação aquele primeiro – uma espécie de cartão de visitas da instituição – ou porque o seu diretor envolveu-se com o cotidiano institucional de tal forma que pouco tempo lhe restava para escrever relatórios detalhados. São conjecturas sobre as quais não temos ainda evidências empíricas, a não ser o próprio conteúdo dos relatórios referidos.

A seguir passamos a apresentar informações e discutir duas questões fundamentais na configuração do HCAB nos anos iniciais de sua constituição como instituição “modelo e modelar”, a concretização de uma “velha aspiração paranaense”, como afirmou o governador Antonio Annibelli em sua mensagem a Assembléia Legislativa relativa aos feitos do poder executivo no ano de 1954: (1) a implantação, organização e desenvolvimento da praxiterapia; (2) o problema da superlotação. (PARANÁ, 1955: 125) Contraditoriamente ao ideal, como veremos, o hospital colônia, cujo eixo terapêutico central deveria ser a praxiterapia, logo foi atingido pelo problema da superlotação, velho conhecido das antigas estruturas manicomiais que este, em tese, viera para resolver.

4. Praxiterapia

No capítulo VII do Regimento Interno intitulado “*Das disposições gerais*”, o artigo 27º ajuíza, como comentamos anteriormente, que a organização dos Serviços de

Praxiterapia incluirá um sistema de gratificação para os doentes que executassem trabalhos no hospital. Borges, em seu trabalho sobre o Hospital Colônia Itapuã no Rio Grande do Sul, observa essa relação entre trabalho / remuneração / terapêutica:

O emaranhado discursivo proposto pela psiquiatria passa a construir uma imagem diferenciada a respeito do trabalho dos internados dentro das colônias agrícolas. De acordo com a nova perspectiva, este não deveria ser forçado, nem exercido como uma forma de castigo, e sim em virtude da recompensa, não apenas material, mas principalmente por ser encarado como a possibilidade de cura e conseqüente retorno ao convívio social. (BORGES, 2010: 292)⁹

No relatório relativo aos primeiros sete meses de funcionamento do HCAB, de junho de 1954 a janeiro de 1955, o exercício da praxiterapia, segundo o diretor não teve bons rendimentos por falta de materiais. Na seção masculina os trabalhos se concentraram em torno do ajardinamento, carpintaria e limpeza. Na seção feminina os trabalhos realizados foram basicamente de costura e consertos de roupas, uniformes e outras peças. Outros internos em geral foram encarregados da fabricação de cigarros, serviços de cozinha e lavanderia.

No primeiro trimestre do ano de 1955, além das atividades que já estavam sendo desenvolvidas foi implantada uma seção de fabrico de colchões totalizando naquele momento, a produção de 40 unidades; e uma seção de sapataria com instalação para trabalho manual, sendo confeccionados diariamente três pares de chinelos. Já no segundo trimestre alguns internados também foram designados para trabalhar com reparos nas estradas e as seções de costura, carpintaria, colchoaria e sapataria tiveram baixo rendimento por carência de material. Ressalta-se que nesse período, houve um despacho do Diretor do Departamento de Higiene Mental, autorizando a direção do HCAB a efetuar o pagamento aos internados que prestaram serviços ao hospital, seguindo a lógica da gratificação do serviço de praxiterapia conforme determinação do Regimento Interno.

No mês de julho de 1955, o relatório indica que em virtude da falta de materiais, os internos tiveram atividades de praxiterapia reduzida a trabalho em horta, jardim, limpeza, lavanderia e ainda, mesmo que prejudicada pela insuficiência mencionada, à seção de costura. Os serviços de sapataria, marcenaria e colchoaria ficaram totalmente paralisados, o que perdurou até o mês de outubro. Em novembro, com a chegada de

⁹ Uma discussão mais aprofundada do trabalho como função terapêutica pode ser encontrada no texto da autora

materiais foi reaberta a sapataria e dois pacientes foram encarregados do trabalho na mesma. No mês seguinte, dezembro, os trabalhos executados por pacientes nas práticas de praxiterapia concentraram-se em limpeza, lavanderia, costura e carpintaria, afirma o diretor em seu relatório mensal.

É interessante frisar a forma de organização dos relatórios, uma vez que, em todos há detalhada descrição e quantificação da produção de objetos, alimentos e as demais produções das atividades de praxiterapia. Os relatórios mensais do ano de 1956 não deixam de mencionar a imensa satisfação com tais atividades, sobretudo na secção de costura, onde a partir do mês de abril, quando o diretor passa a descrever a produção conforme as alas (masculina, feminina e menores). Entretanto, já a partir do mês de agosto é denunciada a falta de roupas para os internados e ainda, a insuficiência de material para dar condição a que maior número de pacientes se envolvesse com tal atividade. Deduz-se aqui que a falta de roupas – seja por falta de verbas para comprá-las ou de materiais para produzi-las internamente – pode ter decorrido do aumento de internações, que na época já ultrapassava o limite para o qual o hospital foi estruturado e ainda, que a praxiterapia e seus ganhos terapêuticos encontrou-se limitada.

Observa-se nos relatórios do ano de 1957 a continuidade dos serviços prestados pelos internados nas práticas de praxiterapia. Entretanto, é acentuada, principalmente no mês de março, a solicitação de verbas para o pagamento das gratificações pelos serviços prestados por eles, totalizando naquela época, uma dívida de 80.000 cruzeiros acumulada desde os primeiros anos de funcionamento do hospital, visto que tal pagamento fora feito apenas uma vez, findando o segundo trimestre do ano de 1955. Cabe ainda ressaltar que, o relatório do mês de junho de 1957, expressa a existência de inúmeros pacientes com condição de alta, mas que se negam a sair do hospital sem antes receber os pequenos haveres que fizeram jus com os serviços prestados. Tais solicitações são constantes ainda nos relatórios dos primeiros quatro meses de 1958, quando o HCAB se encontra sob direção interina do psiquiatra Jayme Etzel – também responsável pela seção feminina do hospital –, que observa a importância do “trabalho exercido pelos internados, com uma orientação e vigilância dos funcionários”, nas seções de costura, lavanderia, colchoaria, carpintaria e oficina, serviços gerais, lavoura e horta, pois sem o “valioso auxílio, representado pelo trabalho dos internados, (...) estas diversas seções não funcionariam”. (PARANÁ, s.d.: 4)

Isto suscitou nas autoras o seguinte questionamento, não passível de ser respondido ainda, pela limitação das fontes que discutimos: os serviços prestados pelos internos do HCAB nas práticas de praxiterapia foram úteis como técnicas terapêuticas ou restringiram-se a simples manutenção da instituição, visto que todos os trabalhos desenvolvidos estavam relacionados à setores subordinados da Secção Administrativa como consta no capítulo IV – “*Da organização*”, de seu Regimento Interno? Tal questionamento, já há algum tempo tem sido feito, no âmbito da historiografia da loucura e da psiquiatria, cujo exemplo pode ser dado por um texto de Sacristán:

... as dificuldades de financiamento que enfrentaram grande parte dos manicômios conduziu a que, em nome da ‘terapêutica do trabalho’ alguns deles se converterem em verdadeiras empresas agrícolas sustentadas com a mão de obra gratuita, ou quase, de enfermos considerados crônicos – em alguns casos até 70% da população – aos quais dificilmente se dava alta, ainda que estivessem aptos a sair. Nestes casos foram razões econômicas as que levaram a reter estes pacientes... (SACRISTÁN, 2009: 180)¹⁰

Por outro lado, não é possível desconhecer que a própria demanda por internações – justificadas, excessivas ou desnecessárias, conforme indicam sujeitos diferentes como diretores, administradores, governadores do Estado –, somada a uma estatística que demonstra claramente que sempre entram mais pessoas do que saem no HCAB, faz com que logo o hospital passe a sofrer o clássico problema da superlotação. Se foram razões econômicas ou a própria falência do modelo manicomial, ou ambos, que criara tal situação, é questão a ser refletida com maior profundidade para o caso do HCAB.

Uma vez aqui retratado um dos aspectos fundamentais da concepção terapêutica do HCAB, ou seja, a laborterapia, não se pode deixar de mencionar conforme os dados obtidos nos relatórios – ainda que não tenhamos condições de aprofundar a discussão neste momento –, quais os demais tratamentos ou terapêuticas a que eram submetidos os doentes. Cabe ressaltar que, mesmo imersos num ambiente asilar que propunha novas medidas terapêuticas, os internados eram tratados na época estudada, na maioria das vezes por métodos de eletrochoque, aplicações de cardiazol ou de insulina seguidos de injeções musculares, intramusculares e, venosas e ainda, receitas medicamentosas.

¹⁰ Tradução livre das autoras do original: “las dificultades de financiamiento que enfrentaron gran parte de los manicomios condujo a que, en nombre de la ‘terapêutica del trabajo’, algunos de ellos se convirtieran en verdaderas empresas agrícolas sostenidas con la mano de obra gratuita, o casi, de enfermos considerados crônicos – en algunos casos hasta un 70% de la población –, a los que dificilmente se les daba el alta aun estando aptos para salir. En estos casos fueron razones económicas las que llevaron a retener a estos pacientes...”.

5. Superlotação

Observa-se que já na apresentação do primeiro relatório expedido pelo diretor Arnaldo Gilberti, em três de janeiro de 1955 já podia ser claramente interpretada a presença de dificuldades nessa instituição, para tanto, apresentamos literalmente seu escrito:

(...) queremos externar nossa satisfação pela honra que nos coube de havermos sido o primeiro Diretor desse modelar estabelecimento psiquiátrico. Fadado a desempenhar um dos mais relevantes papéis dentro das atribuições da Secretaria de Saúde do Estado, gloriosos foram os seus primeiros sete meses de existência, graças à assistência recebida e a dedicação dos seus servidores. Não obstante, dificuldades várias impediram que realizássemos tudo o que havíamos desejado.(PARANÁ, s.d.: 23)

A condição para admissão de doentes no HCAB, conforme o seu Regimento Interno seria somente por solicitação dos médicos pertencentes ao seu corpo clínico, passando previamente pelo Serviço de Triagem e Internação, uma vez que, nenhum paciente externo poderia ser atendido em qualquer serviço do hospital sem autorização prévia do Diretor. Entretanto, segundo o relatório citado, no item “*Movimento de doentes e terapêutica*”, até o mês de agosto de 1954 – isto é, durante os dois primeiros meses de funcionamento do HCAB – as internações eram feitas pela Polícia, como era comum ocorrerem desde idos tempos, em que cabia aos delegados de Polícia (do interior e das capitais de diferentes estados brasileiros), através das Chefaturas de Polícia encaminhar as internações dos tidos como loucos. Por sugestão da própria diretoria, daquele momento em diante, tais internações só deveriam ser feitas “mediante guias fornecidas pelo ‘Serviço de Plantão’, do Centro de Saúde, executado por médicos do Hospital Colônia, que atendem diariamente pelo sistema de rodízio, as solicitações feitas neste sentido”. (PARANÁ, s.d: 39, v.1)

Nesse mesmo relatório fica explícito que naquele momento, o número de internações já havia ultrapassado a capacidade máxima prevista para a instituição, que era de 350 leitos, atingindo uma cifra de 371 internos, cifra esta que não cessou de aumentar nos anos seguintes. Assim, segundo dados dos próximos relatórios do ano de 1955 – divididos em 1º e 2º trimestre e sucedendo mensalmente – o número de internos chegou ao mês de agosto desse mesmo ano com 456 internados. A partir desse momento, segundo o relatório expedido em 10 de setembro de 1955 iniciou-se um processo de tomada de “providências no sentido de restringir ao máximo de

internações”. (PARANÁ, s.d.: 76, v.1) Tais providências são explicitadas no relatório do mês seguinte:

Em face da superlotação em que se encontrava o Hospital Colônia, restringimos ao máximo as internações. Graças aos esforços e dedicação dos médicos, que além dos trabalhos hospitalares atendem por rodízio, o Serviço de Triagem, e a colaboração do Ambulatório de Higiene Mental, do Serviço Nacional de Doenças Mentais (tanto no que respeita aos seus servidores, como em material), foi possível, encaminhar ao Hospital Colônia exclusivamente os casos que exigiram internação, uma vez que os alienados recolhidos pela Polícia, passíveis de tratamento ambulatorial, foram matriculados, atendidos e medicados no Dispensário do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Infelizmente alguns psicopatas, embora não agitados, mas que necessitam de afastamento do convívio social, estão retidos na Delegacia de Plantão, sendo porém diariamente atendidos pelos médicos do serviço de triagem. (PARANÁ, s.d.: 82, v.1)

De fato, nos meses posteriores houve um decréscimo, finalizando aquele ano com 400 internados. Porém, durante todo o ano seguinte, 1956, ocorreu novamente um crescimento no número de internos, chegando o HCAB ao mês de dezembro com 475 internos. Por fim, com apenas quatro anos de funcionamento, o HCAB, em fevereiro de 1958 tinha 906 internos e, ainda que novos pavilhões tivessem sido construídos e outras dependências (como as casas destinadas aos médicos residentes e ao médico diretor) tivessem sido adaptadas para enfermarias, a situação era caótica, como expressa o diretor interino Jayme Etzel:

Face a evidente disparidade entre as entradas e saídas de doentes, está o hospital com a sua lotação triplicada, ou seja, no momento atual, 906 internados, dos quais apenas a metade está acomodada em camas, está com a sua indumentária mais ou menos adequada, recebe alimentação no horário normal, no refeitório. Convém mencionar entretanto que a outra metade não está desamparada; recebe sua alimentação em horário especial e está acomodada nos pavilhões, sem cama é bem verdade, também está vestida, isto tudo porém longe, muito longe mesmo do que deveria ocorrer. Em virtude deste estado de coisas, a cozinha, a lavanderia, funcionam 12 a 14 horas diárias, os servidores de um modo geral não tem tido os seus horários de folga e em conseqüência é patente o descontentamento. (PARANÁ, s.d.: s.p, v.4)

Observa-se ainda, que enquanto o Manicômio Judiciário não estivesse em funcionamento – cuja inauguração ocorreu somente em 1969 –, o HCAB destinava dependências para aqueles que, por determinação da justiça – conforme as características que apontamos anteriormente – deviam ficar sob sua custódia.

Tal situação sem dúvida acrescenta elementos importantes no sentido de responder a questão que levantamos anteriormente sobre o significado do ‘trabalho produtivo’ dos doentes nas diversas atividades de praxiterapia, para garantir a

sobrevivência do imenso contingente populacional asilado na instituição. Quanto a seus resultados terapêuticos é difícil crer que tenham sido atingidos.

A situação vivida pelo HCAB não é prerrogativa exclusiva deste, como bem mostram análises relativas a outros hospitais-colônia, como a Colônia Juliano Moreira (CJM), que viveu situações de lotação inadequada, sem estrutura assistencial-terapêutica e quadro de funcionários para atender a demanda que se propunha. Porém, se as histórias destas duas instituições também se assemelham em relação ao “abandono e a despersonalização a que os internos são submetidos e a conseqüente perda dos vínculos sociais” (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010, p.78), parecerem diferir-se em relação ao movimento – visualizado na CJM e não reconhecido no HCAB –, de constituição de uma nova sociabilidade, através da reprodução de um núcleo urbano, onde as pessoas comuns e sadias (funcionários em sua maioria) conviviam com os doentes (chamados de hóspedes), num lugar que dispunha de vários dos chamados equipamentos urbanos, como cinema, clube, rádio, escola, parque infantil. (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010: 79)

As evidências que temos até o momento não nos permitem identificar a ocorrência de movimento semelhante no HCAB. Os vestígios de seus primeiros anos, recolhidos até agora, entrelaçam a euforia e a expectativa sobre o papel daquela que nascera como uma instituição modelar, ao desalento com o descalabro de sua trajetória. (Jayme Drummond de Carvalho apud FERNANDES JUNIOR, 1987: 62)

Fontes

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **Plano Hospitalar Psiquiátrico**. Sugestões para a ação supletiva da União. 1941. CPDOC – FGV, Arquivo Gustavo Capanema – GCh 34.08.03 – doc. n.II-14. Mimeo.

PARANÁ. Hospital Colônia Adauto Botelho. **Relatórios do Hospital Colônia Adauto Botelho (jan. 1955 – abr. 1958)**, pelo Dr. Arnaldo Gilberti. Pinhais: HCAB, s/d. [Anexo Regimento Interno].

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 8ª Legislatura 1955**, pelo Senhor Antonio Annibelli, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1955.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1961**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1961.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1962**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1962.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1963**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1963.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1966**, pelo Senhor Paulo Cruz Pimentel, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1966.

Bibliografia

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.) **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BORGES, Viviane Trindade. “Quem senta na pedra fica doente, vadio e com preguiça”: a invenção do trabalho numa colônia agrícola gaúcha (10972-1982). In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádya Maria Weber (org). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDUFU, 2010.

FERNANDES JUNIOR, Lindolfo Ribeiro. **A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná: suas origens e sua evolução no período de 1853 – 1983**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; Governo do Paraná, 1987.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria institucional: do hospício a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

RESENDE, Heitor. I. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário Costa. (org.) **Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1992.

SACRISTÁN, Cristina. La locura se topa con ele manicômio. Uma historia por contar. **Cuicuilco**, v.16, n. 45, enero-abril 2009, p. 163-189. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/351/35112428008.pdf>, acesso em 10/03/2010.

VENÂNCIO, Ana Tereza Acatauassú; CASSILIA, Janis Alessandra. Política assistencial psiquiátrica e o caso Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida Social. In: Wadi, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádya Maria Weber (org). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDUFU, 2010.

VIDAL, Louise Vieira de Mello; AMORIM, Wellington Mendonça de. Reconhecimento do psiquiatra Jurandyr Manfredini entre estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev. 2008 . Disponível em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 11 nov. 2010.

WADI, Yonissa Marmitt. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, jan./jun. 2009.

WADI, Yonissa Marmitt. **Relatório de Pesquisa do Projeto Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: mapeamento e análise história das instituições, da legislação e das principais políticas públicas**. Toledo: UNIOESTE / CNPq, 2010.