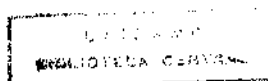


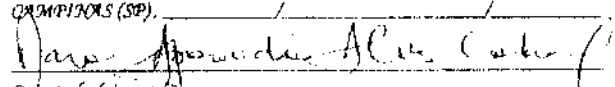
DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM

**ANÁLISE HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE EN-
FERMAGEM NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, NO PERÍODO
COMPREENDIDO ENTRE AS DÉCADAS DE 20
E 50**

VOLUME I

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
1994**




Orientadora)

DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM

ANÁLISE HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE AS DÉCADAS DE 20 E 50

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Mental à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora:
Profa.Dra. Mara Aparecida Alves Cabral

CAMPINAS - 1994

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Kirschbaum, Debora Isane Ratner

Nota Analise historica das praticas de enfermagem no campo da assistencia psiquiatrica no Brasil, no periodo compreendido entre as decadas de 20 e 50 / Debora Isane Ratner Kirschbaum. -- Campinas, SP : Is.n.l., 1994.

Orientador: Mara Aparecida Alves Cabral.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Enfermagem psiquiatrica. 2. Enfermagem - Historia. 3. Psiquiatria - Historia. 4. Historia oral. I. Cabral, Mara Aparecida Alves. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	leia-se
Sumário	10	ASSISTENCIA	ASSISTENCIAL ASILAR
1	28	a 1923	e 1923
4	16	psiquiatricas	psiquiátricas
5	29	e autoras de novas	e de novas
25	26	XII	XVII
29	19	ensino formal no país	ensino formal de enfermagem no país
39	3	gênro	gênero
44	33	duasa	duas
46	13	alienados	Alienados
54	11	das	as
64	6	psiquáticos	psiquiátricos
64	21	Mas, em	Mas em
68	32	chamdo	chamado
69	11	recebe	recebeu
84	21	depoimento:	depoimento a seguir:
88	10	ela	Ela
89	19	parte doentes	parte dos doentes
90	19	dsenvolvida	desenvolvida
94	29	como	com
96	18	váris	várias
101	32	prinipalmente	principalmente
102	8	a	e
110	20	não é?ingular	não é singular
112	6	psiquiátricas	psiquiátricos
114	10	à	às
125	19	P-	E-
128	11	e minha	de minha
129	17	não é?ácil	não é fácil
136	13	. naquele	. Naquele
141	34	doonos	donos
146	2	que a	que as
151	6	. eu	. Eu

Página	linha	Onde se lê	Leia-se
174	12	continua	continua
175	24	possuiam	possuíam
179	9	não é feita	não é feita
193	2	seviço	serviço
198	1	e	de
198	8	submissãao	submissão
203	26	não é?dmissível	não é admissível
214	1	não é?ifícil	não é difícil
217	7	diente	diante
218	25	aos 40. A	aos 40, a
219	19	camifiana	camilianas
230	18	apreender	aprender
230	19	Apendi	Aprendi
231	11	Poruqe	Porque
234	3	fazeram	fazerem
249	1	nos	nós
267	5	quatro	três
279	9	caminha	Caminha
281	8	demias	demaís
306	3	d	de
323	17	aplicaçãao	aplicação
335	29	(1983)	(1933)
343	2	dirigem-se	dirigissem
350	21	assisti-los	assisti-los

OBSERVAÇÃO

Página	Linha	Depois de	Incluir
24	7	terapêutica que	sempre existiram. Um saber de tipo médico sobre a loucura que a considera como...
126	34	a direção	propôs a criação de um setor de assistência
129	32	próprias	características do mercado de trabalho brasileiro, caracterizado pelo desemprego estrutural e ...
129	34	uma única	solução geral: a construção de hospitais e de ambulatórios, e também a ampliação dos em funcionamento", o que

provavelmente acarretou uma maior absorção da força de trabalho em enfermagem nos mesmos.

214 23 Cunha

, 1986)

61 4 Depois de ...insistentemente, suprimir a vírgula.

88 21 Depois de ...à sociedade., retirar aspas.

90 14 Depois de ...experiências, suprimir são.

95 25 Depois de ... assim..., substituir a vírgula por hífen.

116 3 Acrescentar parênteses antes de ...por exemplo.

119 31 Substituir a vírgula antes de ...segundo Saffioti (1976) por ponto e vírgula.

168 8 Depois de ...ocorria nos anos 20, suprimir envolviam o aprendizado o enfoque do ensino de enfermagem, fosse ele ministrado formal ou informalmente,

171 20 Depois de ...casa, acrescentar ponto.

173 33 Depois de ...trabalho, acrescentar ponto.

189 13 Depois de ...intervenções, suprimir a vírgula.

190 28 Depois de ...editais, suprimir a vírgula.

247 2 Depois de ...acho que, acrescentar reticências.

321 30 Depois de (1990), substituir o ponto por vírgula.

327 15 Depois de ...cuidados na, suprimir sua.

Onde se lê anátomo- patológico, leia-se anatomopatológico.

A meu pai, Joel Kirschbaum, pela paciência com que ouvia e procurava responder os meus porquês, pela paixão pela história que me transmitiu desde pequenina e pelas longas horas de histórias e estórias que compartilhamos.

A meu avô, Leão Ratner, pelas longas narrativas e pelas discussões sobre mística judaica, que me ensinaram a perguntar.

À minha mãe, Anna Rosa, que tanto tem contribuído durante toda a minha vida para o meu crescimento como pessoa e como profissional, ensinando-me através de seu exemplo o quanto é importante aprender a conciliar os papéis de mulher, esposa, filha e profissional e ter compromisso social com aquilo que se faz.

Ao Maurício, meu companheiro, que em todos os momentos está ao meu lado, sempre me apoiando carinhosamente e transmitindo confiança, tornando possível a realização de meus sonhos e projetos.

Ao meu irmão, Rogério, pelo respeito que tem por minhas escolhas profissionais e afetivas e pela dedicação à família que torna possível a concretização de meu projeto profissional.

**A Geni Castelani de Mattos,
pelo incentivo, apoio e afeto
que me dedicou durante
nossa convivência.**

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho foi possibilitada pela colaboração de diversas pessoas em diferentes etapas que compreenderam a sua elaboração.

Na impossibilidade de citar a todos, gostaria de expressar aqui meus agradecimentos sinceros a algumas dessas pessoas:

À Profa. Mara Aparecida Alves Cabral, orientadora desta tese, cujo posicionamento profissional e seriedade com que encaminhou o processo de orientação são um exemplo que levarei comigo. Agradeço-lhe pela confiança que depositou em mim e pelo incentivo constante durante a realização deste trabalho.

Aos professores Everardo Duarte Nunes, Roosevelt M. S. Cassorla, Elizabeth de Leone M. Smeke, Sérgio Arruda, Egberto Turato e Márcia B. Alencastre pelas valiosas sugestões durante a elaboração do projeto de pesquisa ou no exame de qualificação.

Ao Prof. Niuvenius Junqueira Paoli, pela leitura cuidadosa e pelas contribuições que fez ao meu trabalho, indicando bibliografia e discutindo temas da área de ciências humanas.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem, pelo incentivo e por terem possibilitado o afastamento parcial de minhas atividades durante a realização desta pesquisa.

Aos meus alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, pela compreensão e pelo afeto que me deram nesses últimos anos.

Ao Cassius, à Simone, ao Anatole e à Vivian pelo trabalho de transcrição das fitas.

Às amigas Alda Ferreira de Araújo, Maria Helena Bagnato, Ana Lúcia Machado, Inês Cocco, Ângela Vilela, Maria Celina Tarallo, Márcia Araújo, pelo apoio incansável durante a realização deste trabalho

À Direção do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, particularmente à Clarice, Cássia, Oki e William, por terem me proporcionado um espaço de trabalho que dificilmente encontrei em outros lugares. Especialmente à equipe do Hospital-Dia: Cláudio, Valéria, Telma, Sula, Marcelo, Neusa, Jô, Ana de Lourdes, Célia, Ângela, Cilene, Maria Eugênia, Andréia por terem compreendido as minhas ausências no período de conclusão da redação deste trabalho.

Aos meus amigos e familiares pela hospitalidade com que me receberam em suas casas na fase de pesquisa de campo: Rose Kirschbaum, tia Estela, tia Lula, Silvinha, Neusa e Mário. E ao meu sogro, Getúlio de Mattos pelo apoio e incentivo que tem me dado.

À Márcia Regina Nozawa, com quem discuti desde o início este trabalho e cuja amizade, apoio e estímulo foram imprescindíveis para que ele fosse concretizado.

Ao Valdir e à Cláudia pelo cuidado na revisão de português.

À direção e aos funcionários do Hospital São Pedro, em Porto Alegre; da Colônia Juliano Moreira, da Escola de Enfermagem Anna Néry e da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro; do ERSA-14 e do Hospital do Juqueri, em Franco da Rocha; do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e do Hospital Juliano Moreira, em Salvador, pela colaboração inestimável durante a realização da pesquisa de campo, colocando-me a disposição inclusive recursos materiais para que eu pudesse desenvolver meu trabalho. Espero ter podido corresponder às expectativas que depositaram neste trabalho.

Ao FAPESP e ao CNPq pelo financiamento da pesquisa, que tornou possível a realização das viagens para coleta de dados.

Às pessoas que se dispuseram a ser sujeitos desta pesquisa, por seus testemunhos e pelo carinho com que me receberam, abrindo suas casas e suas vidas. É difícil traduzir em palavras o quanto aprendi com elas não só sobre a história da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica como sobre a vida.

Resumo

Este estudo teve por objetivo reconstituir historicamente a formação do saber e das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre os anos 20 e 50, utilizando-se da história oral como método de pesquisa. Através da análise documental e da análise do conteúdo dos depoimentos de 49 informantes que atuaram nas primeiras instituições psiquiátricas públicas criadas no país foi possível identificar as motivações que levavam o pessoal de enfermagem a ingressar no campo da assistência psiquiátrica no referido período; as formas de preparação utilizadas para qualificar o pessoal de enfermagem para implementar o projeto de transformação dos hospitais psiquiátricos em instrumento terapêutico; o modo de participação da enfermagem na implementação dos métodos de tratamento então adotados e as condições de trabalho a que estes agentes submetiam-se. Deste modo, verificou-se que tanto os agentes de enfermagem quanto as práticas por eles implementadas constituíram um elemento fundamental para a constituição e consolidação das instituições psiquiátricas enquanto dispositivos disciplinares.

ABSTRACT

This study had as its aim to reconstitute historically the formation of knowledge and practices of nursing in the field of psychiatric assistance in Brazil, in the period from the 20s to 50s, utilizing the "Oral History" as a method of research. Through the documental and contend analysis of the declarations of 49 informants who acted in the earliest public psychiatric institutions established in this country, it was possible to identify the motivations that drove the staff of nursing to ingress in the field of psychiatric assistance in the period mentioned; the ways of preparing utilized to qualify the staff of nursing to introduce the project of transformation of the psychiatric hospitals in therapeutic instruments; the way of the participation of nursing in the implantation of the methods of treatment adopted at that epoch and the conditions of work that those agents were submitted. Thus, it was verified that both the agents and the practices implanted by them constituted a fundamental element to the constitution and consolidation of the psychiatric institutions as discipline environments.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
1. O objeto de estudo.....	1
2. Metodologia.....	10
2.1. O método: a História Oral.....	10
2.2. As etapas da pesquisa.....	16
2.3. Sujeitos e procedimentos metodológicos.....	18
1 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: DA CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA E DA ENFERMAGEM NO PAÍS À CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	24
1.1. Os Primórdios da Assistência Psiquiátrica no Brasil.....	24
1.1.1. O contexto histórico que antecede a constituição das primeiras instituições psiquiátricas, da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica no país.....	30
1.1.2. O Tratamento Moral e a Psiquiatria Organicista.....	30
1.1.3. As primeiras tentativas de organizar os hospícios brasileiros sob os princípios da psiquiatria.....	33
1.1.4. A concentração pelos alienistas do poder administrativo no interior das instituições psiquiátricas.....	45
1.2. A Emergência da Enfermagem Profissional no Campo da Assistência Psiquiátrica.....	51
1.2.1. Os precursores da enfermagem no Brasil.....	51
1.2.2. Os primeiros modelos europeus de preparação de pessoal de enfermagem.....	52
1.2.3. O nascimento da enfermagem vocacional no campo da assistência psiquiátrica no Brasil.....	56

1.3. A organização dos hospícios e colônias brasileiras sob a direção dos psiquiatras.....	59
1.4. A organização da assistência psiquiátrica brasileira, os espaços de realização das práticas e o estado do saber psiquiátrico dos anos 20 aos anos 50, no Brasil.....	67
II. AS FORMAS DE INGRESSO E OS MOTIVOS QUE LEVAVAM O PESSOAL DE ENFERMAGEM A INGRESSAR NOS ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS BRASILEIROS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE OS ANOS 20 E 50.....	104
II.1. As motivações do pessoal de enfermagem para trabalhar nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e os modos de ingresso na Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento de Assistência a Psicopatas.....	107
II.2. As motivações do pessoal de enfermagem e os modos de ingresso para trabalhar nos estabelecimentos psiquiátricos de Porto Alegre, São Paulo, Salvador e Barbacena	123
II.2. As motivações do pessoal de enfermagem de nível universitário para trabalhar em psiquiatria em Porto Alegre, São Paulo, Salvador e Barbacena	139
III. AS MODALIDADES DE PREPARAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA IMPLEMENTAR OS PROJETOS PSIQUIÁTRICOS NAS INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE OS ANOS 20 E 50.....	157
III.1 A emergência e a consolidação do ensino de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, nas décadas de 20 a 40.....	159

III.1.1 A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento de Assistência a Psicopatas e a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto.....	160
III.1.2 A Escola Profissional de Enfermagem Especializada da Assistência a Psicopatas do Estado do Rio Grande do Sul-1939/1952.....	177
III.2. Os processos informais de preparação para o trabalho em enfermagem nas instituições psiquiátricas públicas do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Barbacena e Salvador,	214
III.3. A emergência da formação de enfermeiras para o campo da assistência psiquiátrica, a partir da segunda metade dos anos 40.....	244
IV. A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE AS DÉCADAS DE 20 E 50.....	264
IV.1.A organização do trabalho nas instituições psiquiátricas.....	264
IV.2.A organização espacial que servia como base e como instrumento para as práticas de enfermagem.....	298
IV.3.A participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos.....	310
V CONCLUSÃO.....	357
VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	362
ANEXOS	368

INTRODUÇÃO

1. O objeto de estudo

O presente trabalho tem por objetivo reconstituir historicamente as práticas de enfermagem desenvolvidas nas instituições psiquiátricas públicas do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo, Salvador e Barbacena no período compreendido entre as décadas de 20 e 50, utilizando-se como método de pesquisa a história oral.

A escolha das práticas de enfermagem como objeto de estudo deve-se à importância que elas assumiram no processo de constituição e de consolidação do modelo assistencial asilar concebido pelos psiquiatras brasileiros no final do século XIX e existente até hoje no país.

Como se depreende dos trabalhos que trataram da constituição da psiquiatria e das primeiras instituições destinadas especificamente à exclusão social e ao tratamento do doente mental no Brasil (Machado et al., 1978; Cunha, 1986; Resende, 1987; Costa, 1989; Urquiza, 1991), desde os primórdios da organização da assistência psiquiátrica, coube à enfermagem a realização do cuidado direto aos doentes e a aplicação de procedimentos disciplinares que possibilitavam sujeitar os pacientes e manter a ordem no interior do espaço asilar.

Contudo, apesar da relevância que os agentes de enfermagem tiveram para a consolidação do modelo assistencial asilar adotado pela psiquiatria, as práticas exercidas pelo pessoal de enfermagem responsável pela realização do cuidado direto ao doente mental na primeira metade do século XX praticamente não foram objeto de análise nas pesquisas desenvolvidas na área de enfermagem.

Embora tenham constituído importantes fontes secundárias para a investigação aqui empreendida, as raras pesquisas existentes sobre a emergência da enfermagem psiquiátrica brasileira (Fernandes, 1982.; Gussi, 1987.; Moreira, 1990; Miranda, 1990; Ogata, 1992) ocuparam-se fundamentalmente da institucionalização do ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil. Neste sentido, as autoras restringiram-se à análise do ensino oficial de enfermagem e ao período compreendido entre 1890 a 1923, quando as Escolas de

Enfermagem Alfredo Pinto e Anna Néry foram criadas, ou ao período posterior a 1949, quando o ensino de enfermagem psiquiátrica tornou-se obrigatório no país.

Ocorre que os estabelecimentos de ensino considerados oficiais, porque vinculados ao modelo Nightingale ¹ não participaram das experiências de preparação formal e informal de pessoal de enfermagem para trabalhar em hospitais psiquiátricos e em programas de Higiene Mental nas décadas de 20 a 40. Somente nos anos 40, quando se deu a expansão numérica daqueles estabelecimentos de ensino a chamada enfermagem profissional fez sua entrada nas instituições psiquiátricas brasileiras, num processo marcado, aliás, por inúmeros conflitos, conforme examinar-se-á ao longo deste trabalho.

A partir da análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre os anos 20 e 50, o presente estudo pretende trazer uma contribuição para a história da enfermagem psiquiátrica em nosso país, assim como demonstrar que as características assumidas pelas práticas de enfermagem nas instituições psiquiátricas e as ações operacionalizadas por seus agentes não possuem um grau de autonomia em relação aos diversos projetos terapêuticos formulados pela psiquiatria. Estão, ao contrário, profundamente articuladas a eles, em diferentes momentos e tal articulação, como se procurará mostrar, deve-se ao fato de que historicamente práticas e agentes de enfermagem constituíram um dos elementos fundamentais para a implementação dos diferentes projetos psiquiátricos em cada época.

Neste estudo, pretende-se demonstrar que os agentes de enfermagem e as práticas por eles desenvolvidas constituíram um elemento fundamental para que os hospícios se transformassem num instrumento terapêutico (ou seja, em um espaço não só de exclusão social, como também de produção de saber sobre a loucura e os meios de curá-la), pois os psiquiatras delegaram à enfermagem a execução dos procedimentos disciplinares e dos métodos terapêuticos que possibilitavam manter a ordem no interior do espaço asilar e produzir um saber ² sobre o doente, a doença mental e o modo de tratá-la.

¹ De acordo com o que se mostrará nos próximos capítulos, o modelo Nightingale foi criado por Florence Nightingale, na Inglaterra, no final do século XIX e foi adotado no Brasil inicialmente em 1923, pela Escola de Enfermeiras Anna Néry, a primeira no gênero no Brasil, tendo se generalizado a partir dos anos 40 por todo país, ao ser estabelecida a referida escola como escola padrão, à qual os demais estabelecimentos de ensino de enfermagem existentes no Brasil deveriam ser equiparados.

² No presente estudo, emprega-se o termo saber no sentido que lhe foi atribuído por Michel Foucault (1987) para diferenciar saber de ciência. Para ele, *"A esse conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem necessariamente a lhe dar lugar, pode-se chamar saber. Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão constituir ou não um status científico (o saber da psiquiatria no século XIX, não é a soma do que se*

Para que pudessem assumir a execução de tais procedimentos e métodos, os agentes de enfermagem foram submetidos a certos processos de preparação para o trabalho, empreendidos inicialmente pelos próprios psiquiatras. Tais processos de preparação, desenvolvidos através de mecanismos formais (nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e de Porto Alegre, por exemplo) ou informais (como ocorreu nas instituições psiquiátricas de São Paulo, Bahia e Minas Gerais), possibilitavam tanto a aquisição de conhecimentos sobre o doente e os meios de tratamento, quanto a assimilação das normas institucionais, que serviam como base para a atuação dos agentes de enfermagem.

Um dos motivos que levou os psiquiatras a assumirem a preparação de agentes de enfermagem para trabalhar em psiquiatria foi a pretensão de moralizar a força de trabalho empregada nas instituições psiquiátricas, pois segundo diziam (Teixeira Brandão apud Machado et al., 1978; Pacheco e Silva apud Cunha, 1986; Franco da Rocha, 1912; Godoy, 1952; Tourinho apud Jacobina, 1982), a maioria das pessoas que procuravam este tipo de ocupação era composta por indivíduos imorais, despreparados culturalmente, sem qualquer vocação para cuidar de doentes mentais e incapazes de se submeterem às normas disciplinares que orientavam o funcionamento do espaço asilar.

Outro motivo foi a necessidade que os psiquiatras da primeira metade do século XX (Porto-Carrero, 1932; Moreira, 1933; Pacheco e Silva, [193-]; Godoy, 1952) tinham de especializar a força de trabalho em enfermagem para cuidar dos doentes mentais segundo os preceitos científicos e humanitários defendidos pela medicina mental brasileira desde a segunda metade do século XIX.

Como originariamente tais princípios envolviam uma determinada concepção de organização do espaço e do funcionamento asilar - baseada numa distribuição dos agentes de enfermagem por diferentes posições na estrutura hierárquica da instituição, na qual o psiquiatra ocupava o topo e possuía o controle sobre os demais agentes e o ambiente hospitalar - os psiquiatras brasileiros optaram pela implementação de modelos de preparação de pessoal de enfermagem diferentes do adotado nas instituições hospitalares e de saúde pública a partir da década de 20, como por exemplo o Sistema Nightingale, pois este pressupunha o controle do processo de formação e de trabalho dos agentes de enfermagem pelas próprias enfermeiras.

acreditava fosse verdadeiro; é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar no discurso psiquiátrico); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico) (...)" (Foucault, 1987, p.206). (grifo no original)

Nos hospitais psiquiátricos brasileiros, a entrada das profissionais de enfermagem, formadas pelas escolas que adotaram o modelo Nightingale, só ocorreu no final dos anos 40, em meio a um processo marcado por conflitos estabelecidos entre elas e os demais agentes que atuavam no interior do espaço asilar, como já foi mencionado acima.

Além disso, a introdução das enfermeiras nos hospitais psiquiátricos brasileiros marca também o início da produção de um saber específico sobre o cuidado de enfermagem ao doente mental e o embrião do processo de formação de especialistas em enfermagem psiquiátrica.

Contudo, a presença destas enfermeiras nas instituições psiquiátricas não significou que os doentes passaram a ser cuidados por pessoas com maior grau de qualificação e de escolaridade. Na verdade, coube a estas profissionais assumir a administração da assistência e do pessoal de enfermagem, enquanto o cuidado direto aos pacientes continuou sendo realizado por uns poucos agentes de enfermagem que tinham recebido preparo formal para trabalhar em psiquiatria nas escolas anexas aos hospitais psiquiátricos e pelo pessoal de enfermagem que não possuía preparo formal específico, situação observada até hoje na maioria das instituições psiquiátricas do país (Humerez, 1988; Filizola, 1990; Fraga, 1993).

Conforme se verifica nesta pesquisa, até o início dos anos 60, ao pessoal de enfermagem competia desde a vigilância dos pacientes, os cuidados com a alimentação e a higiene, a manutenção da disciplina no interior dos pavilhões até a administração de medicamentos e a aplicação de procedimentos técnicos utilizados na época, como por exemplo a insulinoaterapia, o choque por cardiazol e a eletroconvulsoterapia, cuja realização caberia teoricamente aos médicos, dada a complexidade de tais técnicas e o risco de vida que sua administração por pessoas sem qualificação específica representava para os pacientes.

A apreensão das características assumidas pelas práticas de enfermagem até hoje observadas nos hospitais psiquiátricos e que possibilitaram a constituição e a consolidação do modelo assistencial asilar que se tornou hegemônico no país, segundo inferia-se desde o início desta pesquisa, passa necessariamente pelo exame dos processos de preparação formal e informal do pessoal de enfermagem empreendido pelos psiquiatras, assim como pela análise da participação do pessoal de enfermagem, a quem era efetivamente atribuído o cuidado de enfermagem ao doente mental, na implementação dos tratamentos empregados nas instituições psiquiátricas brasileiras no período compreendido entre as décadas de 20 e 50.

Todavia, a realização de um estudo desta natureza enfrenta inúmeras dificuldades, pois tais práticas de enfermagem não foram objeto de registros escritos e as únicas referências de que se dispõe consistem em raras caracterizações dos agentes de enfermagem produzidas pelos psiquiatras, que não possibilitariam realizar a análise pretendida. Colocou-se, deste modo, a necessidade de proceder primeiramente a uma reconstituição histórica das práticas de enfermagem, para que houvessem fontes primárias sobre as quais se pudesse produzir este estudo.

Sendo assim, o **objetivo geral** deste estudo é:

Reconstituir historicamente a formação do saber e das práticas de enfermagem, desenvolvidas no campo da assistência psiquiátrica, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50, no Brasil.

E seus **objetivos específicos** são:

- a) **Identificar as motivações que levavam os sujeitos da pesquisa a trabalhar em enfermagem no campo da assistência psiquiátrica;**
- b) **Reconstruir o processo de preparação do pessoal de enfermagem para trabalhar em instituições psiquiátricas brasileiras no período de 1920 a 1950;**
- c) **Examinar as modalidades de tratamento psiquiátrico empregadas no período e a forma de participação do pessoal de enfermagem na implementação das mesmas, segundo a visão dos sujeitos entrevistados.**

Partindo-se da hipótese de que:

A formação do saber e das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica baseou-se nas concepções de doença mental, de assistência ao doente mental e de formas de tratá-lo dominantes na psiquiatria brasileira, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50 do presente século.

A escolha do período compreendido entre os anos 20 e 50 justifica-se por, pelo menos, três motivos:

- 1) porque neste período os hospitais foram palco para a introdução de diversos tratamentos somáticos e psicológicos, que aparentemente substituíram o chamado tratamento moral, predominante desde o final do século XIX até os anos 20 deste século, e autoras de novas

proposições de atendimento, voltadas para a prevenção da doença mental (os Programas de Higiene Mental). Isto supostamente trouxe transformações à assistência de enfermagem e a organização de seu processo de trabalho, demandando profissionais mais qualificados;

2) desde os anos 20, houve um recrudescimento das iniciativas voltadas para a preparação formal de pessoal de enfermagem para trabalhar em psiquiatria e também em saúde pública. Conforme já salientou-se, foi na década de 20 que foi criada a Escola Anna Néry, que constituiu a primeira escola de enfermagem ligada ao Sistema Nightingale no Brasil; e,

3) só seria possível encontrar testemunhas, ainda vivas e em condições de relatar suas memórias, a partir da década de 20.

Antes de passar à discussão da metodologia empregada neste estudo para que fossem alcançados os objetivos acima, julgou-se pertinente encerrar a apresentação desta pesquisa expondo também os motivos vivenciais que, somados às justificativas de natureza teórica já apresentadas, levaram a autora a realizar este trabalho, considerando-se que a escolha de um objeto de estudo não se dá de maneira aleatória, mas está relacionada às observações e aos problemas que vão se colocando ao pesquisador ao longo do exercício de sua prática profissional numa dada formação social (Minayo, 1993).

Durante o curso de graduação em enfermagem, quando a autora entrou pela primeira vez num hospital psiquiátrico público, para fazer o estágio de enfermagem psiquiátrica, em 1980, pôde constatar as condições desumanas de existência a que eram submetidas as pessoas internadas ali (dentre as quais algumas nem apresentavam sintomas psiquiátricos, mas eram mantidas no hospital simplesmente por problemas sociais), bem como observou a precariedade da assistência psiquiátrica oferecida, o que provocou forte indignação. Ainda assim, convencida de que tinha a chamada "vocação" para trabalhar em psiquiatria, continuou fazendo estágio em outro hospital, filantrópico, até formar-se como enfermeira.

Na prática cotidiana, observava que as práticas psiquiátricas desenvolvidas naquelas instituições, e sobretudo as práticas de enfermagem a elas articuladas, caracterizavam-se por um autoritarismo, por um cerceamento à liberdade dos pacientes, por um exercício da violência que, na época, lhe pareciam incompatíveis com a finalidade terapêutica anunciada. Como outros profissionais de enfermagem passou a atribuir o autoritarismo e a violência que permeavam tais práticas às características pessoais, aos comportamentos decorrentes de motivações inconscientes e ao despreparo dos agentes de enfermagem que ali atuavam, sem levar em conta que aquelas práticas estavam relacionadas às próprias funções de

disciplinamento e exclusão que tinham sido atribuídas socialmente às instituições psiquiátricas.

Convenceu-se também de que a propalada finalidade terapêutica dos hospitais psiquiátricos não passava de um discurso, na medida em que, segundo acreditava naquela época, a função terapêutica das instituições psiquiátricas havia sido distorcida e elas tinham se transformado simplesmente em espaços de exclusão social.

Como muitos outros trabalhadores de saúde mental, que compartilhavam de seu ponto de vista, a autora engajou-se inicialmente no movimento hoje conhecido como movimento de luta anti-manicomial. Nesta época, passou a vislumbrar os programas de psiquiatria comunitária recém organizados em Porto Alegre como uma alternativa ao modelo assistencial asilar e como uma possibilidade de realização de uma prática psiquiátrica democrática, dado o fato de ser realizada fora dos muros dos manicômios. Isso a levou a ingressar em um projeto de saúde comunitária.

A necessidade de compreender estas experiências levou a autora a realizar uma dissertação de mestrado, onde discutiu a emergência de um programa de medicina comunitária e as práticas educativas empregadas no preparo de auxiliares de saúde para implementá-lo. Embora não tratasse especificamente dos programas de psiquiatria comunitária, o desenvolvimento da referida pesquisa contribuiu para que a autora percebesse que também tais projetos representavam uma estratégia de controle social, como salienta Costa (1989), e que o caráter das práticas de saúde, nas quais incluíam-se as psiquiátricas, não era condicionado pelo lugar onde estas eram realizadas, mas pela função social que lhes era atribuída em cada momento histórico em decorrência de determinações de ordem econômica, política e social.

Além disso, a autora pôde constatar que os projetos médicos de caráter preventivista não foram uma estratégia utilizada pelo Estado brasileiro e pelos profissionais da área apenas nos anos 70. A partir dos trabalhos de Costa (1989) e Cunha (1986), verificou-se que nas décadas de 20 e 30 a corporação médica e particularmente os psiquiatras tinham sido responsáveis pela criação de programas e de Ligas de Higiene Mental, inicialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, que tinham como pretensão prevenir a incidência de doenças mentais no país e diminuir o número de internações psiquiátricas.

O que mais chamou a atenção da autora, foi o fato de que, tal como ocorrera nos anos 70, também na década de 20, os psiquiatras trataram de organizar processos formais de

preparação de pessoal para implementar os programas de higiene mental, paralelamente à instalação dos ambulatórios, dos dispensários e dos serviços abertos. Assim, enquanto em São Paulo, Pacheco e Silva organizou um curso de treinamento para professoras primárias que foram posteriormente absorvidas naqueles serviços e encarregaram-se da implementação dos referidos programas (Cunha, 1986), no Rio de Janeiro, em 1923, Gustavo Riedel estruturou um curso de formação de monitoras de higiene mental na Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro (Costa, 1989). Quatro anos depois este curso foi incorporado à seção feminina da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, criada em 1890 (Moreira, 1990).

Outro aspecto intrigante era o motivo que levava os psiquiatras a organizarem o curso de visitadoras sociais (denominação dada às monitoras de higiene mental a partir de 1927) no mesmo ano em que fora criada a Escola de Enfermeiras Anna Néry do Departamento Nacional de Saúde Pública, com o objetivo de suprir a ausência de pessoal de enfermagem devidamente qualificado para atuar nos serviços de higiene e saúde pública (Melo, 1986). Ademais, além da Escola Anna Néry, a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, criada em 1916, também mantinha um curso de visitadoras sanitárias desde 1920 (Melo, 1986).

A suposição da autora de que os psiquiatras tivessem tomado a si a responsabilidade pela formação das visitadoras sociais pelo fato de que assim garantiriam mais facilmente a assimilação do ideário por eles defendido desfez-se momentaneamente, pois verificou-se que a higiene mental era um tema frequente nos artigos publicados pelas enfermeiras formadas pela Escola Anna Néry entre 1932 e 1946 nos *Anuários de Enfermagem* - órgão de divulgação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas - e que alguns dos médicos que pertenciam a Liga Brasileira de Higiene Mental eram docentes da referida escola.

Tais constatações levaram a autora a concluir erroneamente que a inexistência de referências à participação das enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermagem Anna Néry na implementação dos referidos programas e à inserção das mesmas nas práticas desenvolvidas nas instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, no período compreendido entre os anos 20 e 40, nas pesquisas sobre o surgimento do ensino de enfermagem psiquiátrica (Fernandes, 1982) decorria do desconhecimento daqueles fatos, o que a motivou, no final de 1989, a iniciar a pesquisa que resultou no presente estudo.

Na trajetória empreendida para delimitar o objeto de estudo a partir da revisão da literatura e da realização de entrevistas com enfermeiras diplomadas na década de 20 por

escolas de enfermagem vinculadas ao Sistema Nightingale ³ aquela suposição desfez-se e tornou-se evidente a necessidade de redefinir os sujeitos da pesquisa, conforme discutir-se-á no próximo tópico.

Durante a pesquisa de campo, realizada nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Rio Grande do Sul e Minas Gerais, a autora pôde verificar que a situação que encontrara há quatorze anos atrás apresentou algumas mudanças, em decorrência das políticas empreendidas no campo da assistência psiquiátrica e do processo de "humanização" por que tem passado as práticas psiquiátricas e as práticas de enfermagem, a ela articuladas no país.

Todavia, na convivência cotidiana com professores, alunos, ocupacionais e profissionais de enfermagem nota-se que ainda hoje certas concepções sobre o doente, a doença mental e as formas de tratá-la, que permearam as práticas de enfermagem na primeira metade do século, continuam presentes no imaginário do pessoal de enfermagem.

Neste sentido, ao esclarecer as origens destas concepções e as formas empregadas para que elas fossem assimiladas pelo pessoal de enfermagem, a autora espera poder contribuir para a construção de uma enfermagem psiquiátrica mais compatível com o projeto de transformação da assistência psiquiátrica que vem se tentando implantar no país.

Cabe, agora, examinar detidamente o método de pesquisa e os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar os objetivos desta investigação.

³ Conforme será analisado mais detalhadamente no corpo deste trabalho, tal modelo pressupunha que a direção das escolas de enfermagem fosse assumida exclusivamente por enfermeiras formadas pelo mesmo sistema, às quais eram atribuídos o ensino e a supervisão das alunas. Estas foram divididas em duas categorias: *ladies-nurses* e *nurses*, e recebiam preparo diferenciado, de acordo com a sua origem e posição social.

2. Metodologia

2.1. O Método: A História Oral

Neste estudo, as práticas de enfermagem são abordadas sob uma perspectiva histórico-antropológica.

A história antropológica, corrente de pensamento da qual origina-se a história oral, foi desenvolvida originalmente pelos historiadores franceses ligados à Escola dos *Annales* (Dosse, 1992; Laplantine, 1993) e tornou-se mais conhecida sob a denominação de história das mentalidades. Ela representa uma abordagem alternativa à historiografia tradicional, na medida em que toma por objeto a vida cotidiana, o homem comum, os fenômenos sociais não escritos, não formalizados (Laplantine, 1993) e não mais os grandes personagens da história, os grandes ciclos ou períodos históricos e utiliza-se do método etnológico, desenvolvido pela antropologia cultural para apreender seu objeto.

Segundo Laplantine (1993, p. 152-3),

"a abordagem etnológica consiste em dar uma atenção toda especial a esses materiais residuais que foram durante muito tempo considerados indignos de uma atividade tão nobre quanto a atividade científica. É uma abordagem claramente microsociológica, que privilegia dessa vez o que é aparentemente secundário em nossos comportamentos sociais. Disso resulta um deslocamento radical dos centros de interesse tradicionais das ciências sociais, para o que chamarei de infinitamente pequeno e cotidiano." (grifo no original)

Por infinitamente pequeno, Laplantine (1993) entende as práticas cotidianas desenvolvidas pelas pessoas comuns em suas casas, seus locais de trabalho, seus gestos, suas expressões corporais, seus hábitos, suas representações sociais sobre determinados aspectos relacionados à cotidianidade.

Ainda segundo este autor, o que caracteriza a abordagem antropológica é o esforço em levar em conta tudo o que acontece no campo de pesquisa, ou seja, tudo deve ser observado, anotado, mesmo que não diga respeito ao tema da pesquisa, pois:

"De um lado, o menor fenômeno deve ser apreendido na multiplicidade de suas dimensões (todo o comportamento humano tem um aspecto econômico, político, psicológico, social, cultural,...)(sic). De outro, só adquire significação antropológica sendo relacionado à sociedade como um todo na qual se inscreve e dentro da qual constitui um sistema complexo." (Laplantine, 1993, p.156)

Conforme Laplantine (1993, p. 156), isso não significa, no entanto, que o pesquisador seja capaz de conhecer o objeto de estudo na sua totalidade concreta, nem que ele possa isolar experimentalmente objetos, pois, segundo ele salienta, esta atitude

"não cabe no modo de conhecimento próprio da antropologia, pois o que esta pretende estudar é o próprio contexto no qual se situam esses objetos, é a rede densa das interações que estas constituem com a totalidade social em movimento."

Além da exigência de investigar o objeto na sua totalidade, outra característica primordial da abordagem antropológica é a realização da análise comparativa. Tal característica está relacionada à própria problemática da disciplina que, segundo Laplantine (1993, p.160),

"é a da diferença, implicando numa descentração radical em relação à sociedade da qual faz parte o observador, isto é, uma ruptura com qualquer forma, dissimulada ou deliberada de etnocentrismo. Pois, apenas o que percebemos (em estado manifesto ou latente) em uma outra sociedade, nos permite visualizar o que está em jogo na nossa, mas que não suspeitávamos. Essa experiência de arrancamento de si próprio age, na realidade, como um verdadeiro revelador de si."

Como o autor acima salienta, esta possibilidade aberta ao pesquisador de compreensão de si, a partir da observação do outro não ocorre apenas quando observa sociedades e práticas diferentes daquelas em que ele vive ou atua, mas também quando ele analisa a própria sociedade em que vive e as práticas sociais nela desenvolvidas sob uma perspectiva antropológica. O que significa analisar os processos sociais segundo uma "variabilidade da cultura" (Laplantine, 1993, p.162). Mas, Laplantine (1993) adverte que, para superar os dilemas colocados pelo evolucionismo, que foi a primeira forma de análise

comparativa utilizada pela antropologia, e pela antropologia cultural, que tende a interpretar as variações culturais como expressão de formas invariantes, o pesquisador deve adotar a seguinte posição:

"Lembremos em primeiro lugar que a análise comparativa não é a primeira abordagem do antropólogo. Este deve passar pelo caminho lento e trabalhoso que conduz da coleta e impregnação etnográfica à compreensão da lógica própria da sociedade estudada (etnologia). Em seguida apenas, poderá interrogar-se sobre a lógica das variações da cultura (antropologia)" (Laplantine, 1993, p.163)

Feitas estas considerações, veja-se agora como a abordagem antropológica foi incorporada pelos estudiosos da história oral, nos quais a autora baseou-se inicialmente para estabelecer os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa.

Retomando o problema que deu origem ao presente estudo, observa-se que devido às características das práticas de enfermagem e à posição subordinada e complementar às práticas médicas que elas ocuparam historicamente no campo da assistência psiquiátrica em nosso país, até a primeira metade do século XX, são poucos os registros escritos de que dispõe o pesquisador que se propõe a investigá-las. Disto decorre a necessidade de recorrer a metodologias de pesquisa que possibilitem ao pesquisador produzir documentos que constituam fontes primárias de pesquisa para posterior análise e que, deste modo, permitam a reconstituição histórica de determinadas práticas profissionais, num determinado período, dada a carência de registros escritos sobre a mesma.

Segundo alguns autores (Queiroz, 1987; Alberti, 1989; Thompson, 1992), a metodologia denominada por história oral foi desenvolvida originalmente pela antropologia e pela sociologia nas primeiras décadas do século XX, tendo sido relegada a segundo plano após a segunda guerra, quando da ascensão dos métodos quantitativos de pesquisa, pois acreditava-se que a realidade podia ser retratada com maior objetividade através de modelos matemáticos e estatísticos, menos sujeitos a subjetividade do pesquisador e, portanto, livres das distorções provocadas pelas interpretações deste durante a coleta do material de pesquisa, os relatos orais.

Entretanto, com o desenvolvimento tecnológico, o surgimento do gravador possibilitou o resgate da história oral como metodologia de pesquisa, uma vez que aquele reduzia sobremaneira as distorções no registro dos dados coletados.

Segundo Queiroz (1987), a posterior transcrição das gravações, quando feita de forma adequada, transformava o depoimento oral num documento escrito que passava a ter o mesmo valor dos demais documentos tradicionalmente utilizados como fonte primária nas pesquisas (relatórios, correspondências, narrativas escritas), uma vez que também estes, quando produzidos, tratavam de retratar a realidade conforme a interpretação de seus autores na época do registro, estando também sujeitos a mesma subjetividade atribuída ao relato oral.

A partir dos anos setenta, foram criados programas de história oral em instituições de pesquisa no Brasil (Alberti, 1989), o que propiciou o aprimoramento das técnicas empregadas em trabalhos desta natureza e o reconhecimento da história oral como uma metodologia de pesquisa com o mesmo grau de credibilidade dos métodos de cunho quantitativo.

Neste trabalho, adota-se a concepção de História Oral, definida por Verena Alberti como:

"(...) um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc) 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. Como consequência, o método da história oral produz fontes de consulta (as entrevistas) para outros estudos, podendo ser reunidas em um acervo aberto a pesquisadores. Trata-se de estudar os acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, à luz de depoimentos de pessoas que dele participaram ou os testemunharam." (Alberti, 1989, p.1-2)

Neste sentido, a história oral inscreve-se como método no interior das abordagens qualitativas e, para além da questão dos procedimentos de coleta de dados, coloca novos problemas de pesquisa.

Um destes problemas é a compreensão do objeto da história oral em relação ao objeto da história positivista. Para Alberti (1989, p.2), enquanto a última dirige seu olhar para "o passado tal como efetivamente ocorreu", a história oral desloca seu olhar do objeto documentado para as versões do passado.

Neste sentido, o objeto da história oral é a reconstituição de experiências, acontecimentos, conjunturas e práticas sociais a partir da versão do passado que possui o

entrevistado, já que este está sujeito às transformações por que passa a sociedade no processo dinâmico de produção das condições materiais de existência e de seu desenvolvimento.

Todavia, para que esta reconstituição torne-se relevante é preciso que não se limite o resgate da memória ao recolhimento e registro de experiências particulares, pois deste modo tais versões pouco contribuiriam para fazer avançar o conhecimento histórico das Ciências Humanas e áreas afins sobre determinado período ou determinadas práticas sociais. Segundo Alberti, para que a história oral amplie as possibilidades de conhecimento de determinados temas é preciso que as versões individuais sejam comparadas umas com outras e que se procure apreender as relações existentes entre estas versões e o contexto histórico em que foram produzidas.

"Trata-se de ampliar o conhecimento sobre acontecimentos e conjunturas do passado através do estudo aprofundado de experiências e versões particulares; de procurar compreender a sociedade através do indivíduo que nela viveu; de estabelecer as relações entre o geral e o particular, através da análise comparativa de diferentes versões e testemunhos." (Alberti, 1989, p.3)

Para a história oral, as possíveis "distorções" ou falhas de memória emergentes no discurso do entrevistado, ao contrário de representarem um elemento negativo, assumem um significado fundamental para a investigação, na medida em que nos fazem perguntar *"porque razão o entrevistado concebe o passado de uma forma e não de outra e porque razão e em que medida sua concepção difere ou não das de outros depoentes."* (Alberti, 1989, p.3)

Deste modo, junto com as versões dos entrevistados a análise documental também é imprescindível para a reconstrução histórica de determinado tema, por pelo menos dois motivos. Em primeiro lugar porque permite uma aproximação do objeto de estudo, que se faz necessária para a delimitação de tema e para a identificação dos informantes privilegiados que constituirão os sujeitos da investigação. Em segundo lugar, por complementar as visões e versões dos entrevistados, fornecendo uma compreensão do contexto e do momento histórico em que foram produzidas, assim como por permitir a confrontação de dados que apontam lacunas ou omissões no discurso do entrevistado, as quais, no momento da análise e discussão dos dados, constituir-se-ão em objetos de investigação.

Para reconstituir a trajetória de emergência dos agentes e das práticas de enfermagem, além da preparação a que este pessoal foi submetido no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período de 1920 a 1950, optou-se por empregar como método a história oral. Tal escolha deveu-se às razões que se expõe a seguir.

A primeira, pela impossibilidade de reconstituir a história de organização e institucionalização do saber e das práticas de enfermagem em psiquiatria no referido período, apenas através dos documentos escritos de que se dispunha a partir da revisão bibliográfica e da pesquisa de fontes primárias, constatada quando da realização da análise documental preliminar para a elaboração do projeto de pesquisa. Esta, entretanto, possibilitou delimitar o tema da pesquisa e identificar os aspectos que necessitavam ser melhor esclarecidos no que dizia respeito ao cotidiano de realização das práticas de enfermagem e sua relação com a forma de organização assumida pelas instituições psiquiátricas no início do século, no país, cuja consolidação esteve articulada ao projeto de criação da enfermagem vocacional. Apontou, também, para a necessidade de empregar uma metodologia que possibilitasse a produção de documentos que servissem como fontes primárias para a realização da investigação, o que seria feito através da reconstituição de diferentes versões, produzidas pelos sujeitos que participaram do processo de constituição e desenvolvimento da categoria e das práticas profissionais em questão.

A segunda razão, que está relacionada à produção das fontes primárias, foi a possibilidade de localizar e entrevistar sujeitos, informantes privilegiados, que pudessem ceder seus depoimentos para que, através deles, se reconstruísse versões sobre o processo de constituição das práticas de enfermagem. Embora não se dispusesse da identificação da totalidade dos entrevistados, o fato de tratar-se de um período histórico recente permitia contar com um número significativo de informantes, cujas narrativas possibilitariam alcançar os objetivos da pesquisa.

A terceira razão, tão importante quanto as duas primeiras e a elas relacionadas, era a oportunidade de resgatar a história de um segmento da categoria profissional de enfermagem que, caso não fosse registrada através de depoimentos, seria perdida pela falta de registros escritos. No Brasil existem apenas duas pesquisas que procuram resgatar a memória das práticas e do ensino de enfermagem psiquiátrica no país, utilizando-se da história oral como metodologia de pesquisa. Trata-se dos trabalhos de Ogata (1992) e Miranda (1990). No entanto, ambas tomam como objeto de pesquisa as práticas de enfermagem psiquiátrica desenvolvidas por enfermeiras que foram submetidas aos processos de formação desenvolvidos pelas escolas ligadas às instituições de ensino superior. Além disso, Miranda (1990), toma como objeto os agentes e as práticas de enfermagem e de ensino de enfermagem psiquiátrica desenvolvidas a partir de 1949, nos estabelecimentos

psiquiátricos do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia, enquanto Ogata (1992) delimita como sujeitos da pesquisa os docentes das Escolas de Enfermagem de nível superior, que tenham atuado na área há mais de quinze anos pelo menos. Assim, os dados coletados por ela referem-se ao período de 1950 a 1970, quando estes sujeitos ingressaram no campo da docência e da prática assistencial em psiquiatria.

Além disto, o emprego da história oral oferecia condições para compreender o contexto e as relações sociais que serviram como pano de fundo para a constituição daquela categoria profissional e das formas assumidas pela organização de seu trabalho e de transmissão daquele saber, através da comparação das diferentes versões oferecidas pelos diversos entrevistados e da identificação das mudanças ocorridas naquelas práticas, apreendidas a partir do movimento de idas e vindas presente no discurso dos entrevistados.

Cabe, agora, expor os procedimentos metodológicos utilizados para a realização do presente estudo.

2.2. As Etapas da Pesquisa

A discussão dos procedimentos metodológicos utilizados neste trabalho envolve algumas considerações sobre o processo que culminou na delimitação do objeto de estudo e na decorrente definição dos sujeitos desta pesquisa

Num momento inicial, visando uma primeira aproximação do objeto de estudo, iniciou-se a investigação nas primeiras instituições de ensino de enfermagem criadas no Brasil, segundo a bibliografia especializada: a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, fundada em 1890, e a Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923.

Para facilitar o acesso às fontes de pesquisa, foi realizado um contato prévio com a Direção de cada estabelecimento, solicitando-lhe autorização para realizar a investigação nos arquivos da escola.

No período de janeiro a fevereiro de 1991, foi realizada a pesquisa de campo nos referidos estabelecimentos de ensino, situados no Rio de Janeiro. Esta consistiu num primeiro levantamento da documentação disponível naquelas escolas e na identificação de pessoas ligadas a elas, que tivessem se dedicado à área de enfermagem psiquiátrica no

período de 1920 a 1950. A opção por delimitar este período deveu-se aos poucos registros existentes na bibliografia sobre as práticas de enfermagem desenvolvidas no campo da psiquiatria na primeira metade do século XX.

Na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), foram localizados diversos documentos originais, já reunidos por Almerinda Moreira (1990), e uma lista de nomes de pessoas vivas, que haviam pertencido às turmas formadas pela Escola nos anos 20 e 30. O acesso a estas informações possibilitou iniciar a coleta de depoimentos, que resultou na produção das primeiras fontes primárias de pesquisa.

Procedeu-se da mesma forma na Escola de Enfermagem Anna Néry - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - , que possui um acervo histórico relativamente organizado para consulta. Ali, os registros referentes ao ensino e a atuação de enfermeiras no campo da assistência psiquiátrica nas décadas de 20 a 40, limitavam-se às informações existentes no prospecto da Escola, produzido em 1931, que apresentava a organização do currículo. Dai pode-se extrair que, no curso teórico, eram incluídas as disciplinas de Higiene Mental, de Psiquiatria, de Enfermagem Psiquiátrica, cujas ementas, nomes dos docentes responsáveis e carga horária das disciplinas, eram apresentadas no prospecto da escola. Entretanto, estas disciplinas não faziam parte do curso prático, oferecido pela Anna Néry, não havendo assim qualquer informação sobre o preparo prático de enfermeiras no campo da assistência psiquiátrica.

Como já foi mencionado, este fato surpreendeu a pesquisadora, uma vez que através do exame dos Annaes de Enfermagem, órgão de divulgação da Associação de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, fundada por ex-alunas da Escola Anna Néry, observou-se que vários artigos ali publicados ressaltavam a importância da atuação da enfermeira no campo da Higiene Mental, dando a impressão de que os temas ligados à psiquiatria ocupassem uma posição significativa na formação das enfermeiras daquela escola.

Procurou-se, então, esclarecer esta questão através de entrevistas com três enfermeiras, das quais duas fizeram parte do corpo docente daquela Escola no período de criação da mesma e uma no início dos anos 40. A escolha recaiu sobre estas entrevistadas por serem elas raras testemunhas vivas e em condições de relatar o que ocorrera naquele período compreendido entre os anos 20 e 40, além do fato de terem ocupado também posições de direção na Escola e nas entidades de classe da Enfermagem naquela época.

Nestas entrevistas, observou-se que, até os anos 40, os estágios teórico-práticos em psiquiatria sequer eram incluídos na formação das enfermeiras na Escola Anna Néry.

A partir daí, colocaram-se novos problemas para pesquisa, que não foram respondidos pela bibliografia existente, reforçando ainda mais a necessidade de procurar outras fontes primárias para delimitar o objeto de pesquisa.

Assim, redefiniram-se as instituições e os sujeitos a serem pesquisados, cujas práticas constituíram o objeto desta pesquisa.

Neste sentido, delimitou-se que, além das Escolas de Enfermagem, seriam pesquisados os primeiros estabelecimentos psiquiátricos criados no país. E que, além das enfermeiras formadas pelas primeiras Escolas de Enfermagem ligadas ao Sistema Nightingale no Brasil, os médicos e o pessoal de enfermagem que atuou nos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros no período compreendido entre as décadas de 20 e 50 constituiriam os sujeitos desta pesquisa.

Passou-se, então, para a segunda etapa, que consistiu na identificação das primeiras instituições para exclusão do doente mental criadas no país, em locais em que cronologicamente também haviam sido criadas as primeiras Escolas de Enfermagem. Através de visitas a tais instituições, tanto assistenciais, quanto de ensino, pretendia-se identificar e contatar os sujeitos que pudessem relatar suas experiências de ingresso, de preparação para trabalhar em psiquiatria, e de participação na implementação de tratamentos psiquiátricos no período dos anos 20 aos 50. A descrição dos procedimentos, dos sujeitos e do instrumento de pesquisa empregado são expostos a seguir.

2.3. Sujeitos e procedimentos metodológicos

Utilizando-se como critério a cronologia de criação dos hospitais psiquiátricos e das primeiras escolas de enfermagem nas cidades brasileiras, definiu-se que a pesquisa de campo seria realizada nos seguintes locais: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO (antiga Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, criada em 1890); Escola de Enfermagem Anna Néry, UFRJ (1923); Centro Psiquiátrico Pedro II (antiga Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, 1923); Colônia Juliano Moreira

(antiga Colônia de Psicopatas de Jacarepaguá, 1924), Instituto de Psiquiatria da UFRJ ⁴, na cidade do Rio de Janeiro - RJ. Hospital do Juqueri (1898)⁵, em Franco da Rocha; Escola de Enfermagem da USP (1942), Instituto de Psiquiatria da USP (1945), em São Paulo - SP. Hospital Psiquiátrico São Pedro (1884), Escola de Enfermagem da UFRS (1950), em Porto Alegre - RS. Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (1874), Escola de Enfermagem da UFBA (1946),⁶ em Salvador - BA. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (1903), em Barbacena e a Escola de Enfermagem da UFMG (1933)⁷, em Belo Horizonte - MG.

No período de janeiro de 1991 a outubro de 1992, foram feitos os contatos com os diretores de todos os estabelecimentos psiquiátricos e de ensino citados acima. Este primeiro contato era realizado através de ligações telefônicas e por uma carta de apresentação, onde se esclarecia detalhadamente os objetivos da pesquisa.

Uma vez autorizada a consulta aos arquivos das instituições, a pesquisadora se deslocava até os estabelecimentos psiquiátricos e de ensino e dava-se início à pesquisa de campo. Esta consistia no levantamento de documentos pertencentes ao acervo (quando existia) da instituição e num levantamento de nomes e endereços de antigos funcionários, médicos ou da enfermagem, no Departamento de Pessoal. Quando este levantamento era prejudicado pela má conservação dos arquivos ou pelo extravio de fichas, o que ocorreu com bastante frequência, recorria-se aos funcionários mais antigos em exercício na instituição. Estes forneciam os nomes e endereços de ex-funcionários, aposentados, cujas características preenchiam os critérios definidos para seleção dos sujeitos da pesquisa, que eram os seguintes:

- Ter tomado parte nos processos de preparação de pessoal de enfermagem para trabalhar em psiquiatria, ou como aluno, ou como professor, no período de 20 a 50;
- ter trabalhado no setor de Enfermagem, ou como médico, nas instituições psiquiátricas selecionadas, no período de 20 a 50;
- ter ingressado no Hospital no referido período;

⁴ Durante a pesquisa de campo, verificou-se que não havia necessidade de realizar pesquisas neste estabelecimento, uma vez que a documentação do antigo Hospício Nacional encontrava-se na Colônia Juliano Moreira.

⁵ Consideramos a data de fundação do Hospital em Franco da Rocha, em vez do Hospício de São Paulo que fora criado em 1852.

⁶ Há uma controvérsia em relação a qual teria sido o primeiro Hospital Psiquiátrico criado no Nordeste, se o da Tamarineira, inaugurado em Recife, em 1883, ou o Asilo São João de Deus, atual Hospital Juliano Moreira. Optou-se por seguir a sequência cronológica adotada por Uchoa (1981).

⁷ No decorrer da pesquisa de campo, este estabelecimento foi excluído, pois verificou-se que a parte prática do ensino de enfermagem psiquiátrica era realizado em São Paulo, no período em estudo.

- apresentar condições de saúde que lhe possibilitassem realizar a entrevista;
- disponibilidade do entrevistado para relatar sua experiência profissional.

Assim, foram localizados um total de cinquenta e sete informantes, dos quais oito não forneceram depoimentos gravados. Destes, três recusaram-se a participar da pesquisa, dois alegaram problemas de saúde que os impediam de participar da entrevista, dois alegaram que por motivo de viagem não poderiam fornecer o depoimento e um recusou-se a gravar seu depoimento, apesar de ter concordado em ser entrevistado. Houve, ainda, o caso de um informante, cuja entrevista foi gravada, mas não foi incluída porque o entrevistado apresentava problemas de saúde que acarretava dano a memória. É preciso também esclarecer que, embora o período delimitado fosse da década de 1920 até o final dos anos 50, entrevistou-se uma enfermeira de Porto Alegre, uma de Salvador e outra de Barbacena, que ingressaram no campo da psiquiatria no final dos anos 60. Seus depoimentos foram incluídos na pesquisa pelo fato de terem sido pioneiras nos serviços em que atuaram e por possuírem muitas informações sobre a história da assistência psiquiátrica em seus estados. .

Portanto, ao final da pesquisa de campo, contou-se com um total de quarenta e nove depoimentos gravados.

As entrevistas eram previamente marcadas com o entrevistado através de contato telefônico, ou com algum familiar ou amigo do mesmo, caso não possuísse telefone, realizado pela própria pesquisadora. Feito o contato, esta dirigia-se à casa ou ao antigo local de trabalho do entrevistado e lá eram realizadas as gravações das entrevistas. Todas elas eram gravadas em fitas k-7, mediante autorização prévia do entrevistado.

As gravações eram sempre precedidas por um período de conversação, em que novamente eram esclarecidos os objetivos da pesquisa, os temas que seriam abordados na entrevista e a necessidade de realizar a gravação, de forma a transformar o depoimento num documento escrito. Este ponto precisava ser frequentemente enfatizado, já que vários dos informantes,

inicialmente, mostravam-se receosos em relação à gravação de seus relatos, fato este que já fora previsto em função das dificuldades relacionadas ao uso de gravações em entrevistas, assinaladas anteriormente por Queiroz (1985) e Alberti (1989). Em geral, a gravação de cada depoimento durava, em média, de uma hora e meia a duas horas e meia, dependendo do entrevistado. Todas as entrevistas foram realizadas no período de janeiro de 1991 a fevereiro de 1993, pela própria pesquisadora.

Como instrumento, foi utilizado um Roteiro Geral de Entrevista, semi-estruturado, composto de perguntas abertas (Anexo 1). Estas abrangiam desde as motivações do entrevistado para ingressar no campo da assistência psiquiátrica, a visão que, na época, possuía sobre doença mental, o tipo de preparação que recebeu para trabalhar em psiquiatria, que tipo de participação tinha na implementação dos tratamentos, até as recordações que possuía sobre as formas de organização dos estabelecimentos em que atuara. Tais questões visavam a obtenção de informações que possibilitassem responder aos objetivos da pesquisa.

Com este intuito o roteiro foi organizado de forma a possibilitar relatos livres e associação de idéias; procurava-se também estabelecer com o entrevistado um clima de confiança para que ele se sentisse a vontade para expressar suas recordações, sua visão de mundo, seus pontos de vista. Enfim, com liberdade para avançar ou retroceder no relato de suas experiências, conforme julgasse necessário para esclarecer seu relato a respeito dos diferentes temas abordados. Portanto, a ordem em que as perguntas apresentavam-se no roteiro não era necessariamente seguida, embora se procurasse garantir que todos os temas fossem abordados.

A gravação destas entrevistas e sua posterior transcrição foi o que possibilitou a produção de fontes primárias para a realização desta pesquisa, através da transformação daqueles relatos em documentos escritos.

Após as entrevistas as gravações eram transcritas com o cuidado de reproduzir fielmente o relato como o entrevistado o fez. Neste sentido, as pausas, os gestos que acompanhavam a fala, os risos, o tom de voz que acompanhava cada expressão foram registrados através de notas no texto escrito, a fim de se resgatar o contexto subjacente ao relato, que tende a desaparecer na transformação do relato oral num documento escrito.

Após a transcrição passou-se à análise dos depoimentos que consistiu primeiramente em uma leitura minuciosa realizada com o intuito de apreender cada relato em sua totalidade. A seguir, realizava-se o fichamento de cada depoimento por temas, tendo-se como referência os objetivos da pesquisa. Ou seja, num primeiro momento eram fichados todos os temas que emergiam do discurso do entrevistado. Depois, separavam-se os trechos de cada depoimento, relacionando-os com as questões do Roteiro de entrevista, que, por sua vez, correspondiam aos objetivos da pesquisa.

Numa etapa posterior, divididos pelos respectivos locais, estes depoimentos devidamente fichados eram submetidos a uma nova classificação. Nesta, os trechos de cada depoimento eram reunidos aos dos demais, sob um mesmo tema. Portanto, este processo possibilitava comparar as diferentes versões dos entrevistados sobre um mesmo tema. Procurava-se, então, distinguir semelhanças e diferenças entre as versões produzidas pelos diferentes entrevistados sobre um mesmo aspecto ou fato relatado.

Além disso, seguia-se a este momento de análise a complementação dos dados obtidos, procurando-se relacioná-los às demais fontes primárias escritas, obtidas na pesquisa documental. Neste sentido, muitas vezes as versões dos entrevistados complementavam os dados que faltavam naqueles documentos (por exemplo, regulamentos, relatórios, pronunciamentos de ex-diretores, etc.) ou vice-versa.

Desta forma, procurou-se reconstituir a história das práticas de enfermagem no campo da psiquiatria no período de 1920 até o final dos anos 50 no Brasil a partir das versões apresentadas pelos entrevistados e dos documentos das instituições.

Antes de passar aos capítulos subsequentes, há que se fazer ainda alguns esclarecimentos em relação à forma de apresentação dos depoimentos no corpo do texto. O primeiro é de que optou-se por manter na íntegra os trechos de depoimentos em que o entrevistado se referia a diferentes aspectos, pois o movimento de avanços e retrocessos a outros temas em um mesmo trecho permite apreender as relações que o próprio informante estabelecia entre os diferentes temas abordados e que não necessariamente coincidiam com as relações que a autora estabelecia para desmembrar os trechos considerados significativos. Portanto, optou-se por este procedimento para evitar que se perdesse o contexto em que as afirmações eram feitas pelos entrevistados.

É necessário esclarecer também que, embora a maioria dos entrevistados não tenha apresentado objeções a divulgação de sua identificação, por razões éticas optou-se por utilizar somente as iniciais dos nomes dos informantes. Para distingui-los conforme a ocupação ou profissão que exercia no período em estudo foram utilizadas as seguintes abreviaturas:

Atend. Enf. - Atendente de Enfermagem

Aux. Enf. - Auxiliar de Enfermagem

Dr. - Médico

Enfa. - Enfermeira

Enfo. - Enfermeiro

Enfo. Prát. - Enfermeiro Prático

G. - Guarda

Viz. San. - Visitadora Sanitária

As marcações utilizadas na transcrição dos depoimentos para suprir algumas deficiências resultantes da passagem do documento para a forma escrita são as recomendadas no Manual do Programa de História Oral do CPDOC (Alberti, 1989) com algumas adaptações. Neste estudo foram adotadas as seguintes marcações:

... - enunciados incompletos

(...) - trechos do depoimento não reproduzidos

(ênfase) - quando ocorre uma mudança na tonalidade da voz do entrevistado, para evidenciar o destaque que ele deu a uma palavra ou frase

(inaudível) - quando uma palavra ou frase não é clara na transcrição da gravação.

(pausa) - quando o entrevistado interrompe o discurso

(silêncio) - quando o entrevistado interrompe o relato e se estabelece uma pausa em meio a própria narração

(data) ou (local) - para contextualizar o relato em relação ao que tinha sido relatado pelo entrevistado antes do trecho transcrito. As vezes uma das últimas frases é colocada também entre parênteses para situar o leitor ou referenciar o que estava escrito no trecho anterior do depoimento.

E - Entrevistadora

CAPÍTULO I - A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: DA CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA E DA ENFERMAGEM NO PAÍS À CONSOLIDAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL ASILAR

1.1. Os Primórdios da Assistência Psiquiátrica no Brasil

Para iniciar esse tema toma-se o postulado de Roberto Machado (1978, p.375) de que

"a psiquiatria não é uma disciplina teórica e uma técnica terapêutica que doença mental e uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico moral só se constituem em determinado momento da história."

Este momento foi a segunda metade do século XIX, no qual assistiu-se à estruturação da primeira instituição psiquiátrica brasileira, o Hospício de Pedro II, criado através do decreto n. 82 de 18 de julho de 1841 no Rio de Janeiro, mas inaugurado somente em 1852, cuja pretensão seria proporcionar um tratamento médico à loucura, e não só sua simples exclusão social.

Todavia, tal finalidade não seria alcançada, até o final do século XIX, por dois motivos: em primeiro lugar porque antes de ser apreendida como objeto da prática médica, de meados do século XVIII à primeira metade do século XIX, a loucura era vista como um problema tipicamente social e, portanto, recebeu praticamente o mesmo tratamento dispensado pelas autoridades brasileiras aos demais grupos que representavam uma ameaça à ordem social dominante. Em segundo lugar, porque as condições econômicas, políticas e sociais a partir das quais atribuir-se-ia às instituições psiquiátricas a função de recuperação dos doentes mentais, proposta pelos alienistas, só estabelecer-se-iam no final do século XIX. E foi tão somente a existência destas condições que possibilitou também a institucionalização da enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil.

1.1.1. O contexto histórico que antecede a constituição das primeiras instituições psiquiátricas, da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica.

No Brasil, a loucura e o louco não representaram um problema para a medicina ou para o Estado até as três primeiras décadas do século XIX, quando então constituíram-se em objeto da prática médica e de intervenções estatais.

Antes que isso ocorresse, a loucura não era considerada como doença, mas como "uma forma de erro ou de ilusão" (Foucault, 1981, p.120). Também não existiam instituições destinadas especificamente a assistir aos loucos, nem estes eram sistematicamente internados. No final do século XVIII, assim como os doentes pobres, os órfãos e os velhos, os insanos eram acolhidos nas Santas Casas de Misericórdia, mantidas por Congregações religiosas, que viam na assistência aos insanos um modo de salvar-lhes a alma. Ou então, eram recolhidos às prisões, quando seu comportamento agressivo fosse vislumbrado como uma ameaça à ordem social. E os insanos que pertenciam às famílias abastadas eram mantidos na própria casa (Resende, 1987; Machado, 1978; Cunha, 1986).

A situação descrita acima não se deu exclusivamente no Brasil. Segundo Foucault (1978), a exclusão social do louco e sua reclusão em instituições de internamento, ao lado de outras pessoas, internadas por serem pobres, velhos, órfãos, desempregados ou criminosos, ocorreu também na Europa no período compreendido entre os séculos XVII e XVIII, em meio a uma movimentação que ele denominou como "A Grande Internação".

Como explica Foucault (1978), foi apenas no final do século XVIII que se estabeleceu, sob condições históricas bem específicas, a percepção de que a loucura tinha uma especificidade que a diferenciava de outras formas de existência (como a mendicância e a vadiagem, por exemplo) e de que os loucos deveriam ser separados dos outros grupos recolhidos às casas de internamento.

Embora assinala a semelhança existente entre o tratamento dispensado à loucura e ao louco na Europa dos séculos XVI, XII e XVIII e a assistência prestada aos mesmos nas Santas Casas de Misericórdia e prisões brasileiras até a segunda metade do século XIX, Resende (1987) ressalta que o contexto histórico que serviu como pano de fundo para a criação das primeiras instituições destinadas especificamente à reclusão e ao tratamento dos loucos no Brasil possui especificidades que o diferenciam do europeu.

É importante analisar aqui em que consistiram estas especificidades indicadas por Resende (1987), por que elas permitem compreender as funções que historicamente foram atribuídas às instituições psiquiátricas brasileiras e as características de certo segmento da população brasileira, no qual, a partir do século XIX os psiquiatras buscariam sua clientela e recrutariam a força de trabalho em enfermagem, sobretudo do sexo masculino, que atuaria nas instituições psiquiátricas.

Para Resende (1987), apesar de haver semelhanças entre as estratégias de assistência ao doente mental adotadas no Brasil do século XVIII e na Europa do século XVI, a emergência do louco e da loucura como problema social, bem como a criação de instituições destinadas a controlá-lo e eventualmente tratá-lo possuem, no Brasil, certas especificidades, relacionadas com a forma de organização econômica e social do país no período colonial. Como ele salienta, a partir do século XVI, os países europeus passaram por importantes transformações de natureza econômica, política, social e moral relacionadas à formação e à consolidação do modo de produção capitalista, que colocaram em pauta uma redefinição conceitual da loucura, a partir do final do século XVII. Lá, a evasão do campesinato do campo para a cidade e o processo de substituição das manufaturas pela industrialização, inerente ao capitalismo do final do século XVIII e do século XIX, e que se iniciara quatrocentos anos antes, acarretou a formação de um amplo segmento de indivíduos excluídos do processo econômico, por, dentre outras coisas, não se adaptarem às características exigidas pelo processo de produção industrial. E foi justamente para segregar e controlar os problemas trazidos por este contingente de desempregados, criminosos, doentes de toda ordem e insanos que foram criadas as instituições de internamento na França, Inglaterra e Alemanha, de meados do século XVII até o final do século XVIII, compondo a movimentação descrita por Michel Foucault (1978).

Resende (1987), enfatiza que ao contrário do que acontecera na Europa, onde a loucura e, conseqüentemente, o louco passaram a constituir um problema num contexto de formação do capitalismo, aqui no Brasil, a loucura entra em cena, como ameaça à ordem social, nos fins do século XVIII, "em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista" (p.30).

Tratava-se então de uma sociedade basicamente formada por latifundiários escravistas e comerciantes, uma maioria de escravos e uma minoria de homens livres, numa economia colonial fundamentada na produção de produtos agrícolas coloniais e de metais preciosos, sujeita ao monopólio do comércio metropolitano, garantidas através do emprego do trabalho escravo (Mello, 1988).

Conforme Resende (1987), por tratar-se de uma economia baseada no trabalho escravo, o espaço reservado ao trabalho livre restringiu-se tanto no campo, quanto nas cidades. Nestas, numericamente reduzidas e escassamente povoadas, poucas ocupações restavam aos homens livres, numa época em que mesmo as atividades artesanais e comerciais eram incipientes, sendo a produção totalmente dirigida para suprir as necessidades das fazendas. Além disso, entre os homens livres era dominante a rejeição ao trabalho manual, associado à escravidão e considerado uma atividade indigna e pejorativa. Por falta de outras alternativas, muitos deles preferiam entregar-se à vadiagem e à criminalidade do que submeterem-se à uma condição servil¹. Neste contexto, gerou-se um contingente de indivíduos desocupados, inadaptados à ordem social dominante, que cresceu numericamente no período compreendido entre o final do século XVIII e a primeira metade do século XIX, e acentuou a desorganização da vida colonial, principalmente nas cidades.

Os loucos, cuja presença era até então ignorada, somaram-se àquele contingente de inadaptados e passaram a receber o mesmo tratamento dispensado aos demais, ou seja, a segregação e a reclusão nas prisões quando, por seu comportamento, se tornassem uma ameaça à ordem pública.

Ainda de acordo com Resende (1987), só no final do século XVIII a assistência à loucura foi assumida pelas Santas Casas de Misericórdia, que dariam ao louco um tratamento diferenciado, separando-os dos demais e confinando-os nos porões. Ali eles eram mantidos sem assistência médica, sob os cuidados de guardas e carcereiros que recorriam exclusivamente aos métodos coercitivos (como por exemplo os espancamentos, a contenção em troncos, o uso de correntes) para reprimir as agitações, as manifestações agressivas e para calar os delírios dos insanos.

Devido a magnitude que assumiu a questão da assistência à loucura e à indigência na primeira metade do século XIX, tais instituições, segundo Resende (1987), tornaram-se insuficientes para cumprir a função de exclusão que na época lhes fora atribuída.

Por este motivo, durante a segunda metade do século XIX, foram criadas instituições destinadas especificamente ao internamento dos alienados em diversas cidades brasileiras, o que demonstra o empenho das autoridades públicas em confinar os grupos cujo

¹ Segundo Franco apud Mello (1988), o que desestimulava o trabalho livre não era tão somente o fato de que as relações sociais entre latifundiários e trabalhadores livres se caracterizasse pela servidão, mas porque a importância da produção efetuada pelos últimos não era significativa, numa economia predominantemente sustentada no latifúndio e no trabalho escravo. Daí, a formação de um contingente de homens livres que não conheciam o trabalho forçado, nem se proletarizariam.

comportamento representasse uma ameaça à ordem social, à higiene pública ou ao crescimento econômico, não só na capital do Império como também nos centros urbanos que correspondiam a importantes pólos econômicos. Sendo assim, as primeiras cidades contempladas com a construção de asilos e hospícios foram o Rio de Janeiro, em 1852, São Paulo, em 1852, Belém, em 1865, Salvador, em 1874, Recife, em 1883 e Porto Alegre, em 1884, seguidas posteriormente por outras capitais ou cidades do interior (Resende, 1989).

Resende (1987), concluiu que o surgimento destas instituições, antes que as relações de produção capitalistas se generalizassem no Brasil, foi determinado mais pelas pressões sociais sobre as autoridades públicas para que o louco fosse tirado das ruas e, conseqüentemente, deixasse de ser mais um elemento gerador de perturbação da ordem social, do que pelas reivindicações da corporação médica que, inspirada nas idéias defendidas pela psiquiatria européia, sobretudo a francesa, propunha a criação de espaços específicos para isolamento e tratamento do louco, baseado em princípios científicos.

Entretanto, para outros autores, dentre os quais Machado et al. (1978), Jacobina (1982), Cunha (1986), e Costa (1990), a importação das idéias européias pela corporação médica nas primeiras décadas do século XIX teve uma importância fundamental nas movimentações pela constituição dos primeiros asilos brasileiros. Conforme Machado et al. (1978, p.376) :

"Só é portanto possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto -característico da psiquiatria- de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e portanto medicalizável."

Segundo Machado et al. (1978), a autoria deste projeto coube, inicialmente, ao grupo ligado à nascente Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Na terceira década do século XIX, os médicos cariocas desencadearam um movimento de denúncia aos maus tratos sofridos pelos insanos nas Santas Casas e passaram a questionar a pertinência dos mecanismos de exclusão utilizados até então. Sob a inspiração das obras dos alienistas

franceses², defendiam a proposta de que os loucos mereciam um tratamento específico e diferenciado, baseado em princípios científicos e organizado sob uma racionalidade médica, uma vez que, segundo julgavam, a loucura possuía uma especificidade que a diferenciava da vadiagem e da indigência: sua condição de doença mental (Machado et al., 1978).

Aproveitando-se da necessidade da sociedade da época de se liberar do louco, visto como elemento perturbador da ordem pública, os médicos alienistas lançaram mão de estratégias políticas para implementar tal projeto, usando de todo seu poder de convencimento e de articulação política com o Estado para obter a construção do primeiro hospício brasileiro³.

Até o final do século XIX, a movimentação iniciada pelos médicos da corte imperial generalizar-se-ia entre seus colegas das demais cidades do país, que também reivindicariam a criação dos hospícios naqueles locais. Todavia, uma intervenção sobre a loucura baseada num saber eminentemente médico e numa concepção do que deveria ser um asilo para alienados, sob tal ponto de vista, só seria obtida definitivamente quarenta anos depois, pois, até a proclamação da república, estes estabelecimentos teriam sua administração atrelada às Santas Casas de Misericórdia.

Optou-se por tomar como exemplo o processo de medicalização do Hospício de D. Pedro II, por que a maioria dos autores consideram-no como o marco do surgimento da psiquiatria no país e por nele ter sido originada a primeira experiência de ensino formal no país.

Veja-se, agora, em que consistiam tais concepções médicas sobre a loucura, a organização de um hospício e as propostas de tratamento do doente mental, que se tentaria implementar pioneiramente no Hospício de D. Pedro II, e depois nos demais estabelecimentos psiquiátricos brasileiros.

² Conforme identificou Machado et al. (1978), as idéias principalmente de Esquirol exerceram uma influência importante na formação dos psiquiatras brasileiros, que pode ser apreendida na produção acadêmica da época, em que os médicos brasileiros reproduziam as teorias sobre doença mental produzidas pelos franceses, mesmo sem terem uma experiência ou um contato mais sistemático com doentes mentais.

³ Sobre as articulações políticas entre os médicos da Academia Real de Medicina, o Provedor da Santa Casa de Misericórdia e o governo imperial, ver Machado et al. (1978, p. 427-8).

1.1.2. O Tratamento Moral e a Psiquiatria Organicista.

Conforme Joel Birman (1978), desde o último quartel do século XVIII, sobretudo na França, a medicina encarregou-se do fenômeno da loucura, encarando-a como uma doença que assemelhava-se às demais moléstias orgânicas, ao mesmo tempo em que possuía certas especificidades referidas ao comportamento moral dos indivíduos. A alienação mental consistiria num desvio em relação à normalidade, devido às desordens orgânicas, cujas origens eram desconhecidas até então. Segundo este autor ressalta, tais hipóteses explicativas decorriam da necessidade que os psiquiatras franceses tinham na época de legitimar a psiquiatria (ou medicina mental, como denominava-se na época) como um campo da medicina para que sua especialidade fosse reconhecida como um saber e uma prática fundada sobre princípios científicos, aspecto também apontado por Foucault (1981).

Mas, Birman (1978) demonstra que, para os psiquiatras franceses do início do século XIX, dentre os quais ele cita Pinel, Esquirol e Falret, o desconhecimento da gênese orgânica não anulava a necessidade de uma intervenção médica sobre a alienação, posto que o que a definia como doença eram as manifestações afetivas desordenadas e os comportamentos inadequados apresentados pelos alienados. Conforme Birman, os psiquiatras franceses argumentavam que o que acarretava a alienação era a impotência da vontade, faculdade definidora da própria humanidade do sujeito, frente às paixões. Estas consistiam em *"afetos extremamente intensos, que rompem as barreiras habituais de controle que sobre ele exerce a vontade"* (Birman, 1978, p.90). A vontade teria, então, uma função reguladora sobre as paixões e qualquer intervenção médica deveria buscar o seu fortalecimento.

Dai a proposição de uma terapêutica que enfocasse predominantemente os aspectos morais e que se voltasse à reeducação da vontade destes indivíduos considerados incapazes de adaptar-se às normas sociais. Para efetivá-la, seria necessário isolar os alienados num local específico, que reproduzisse uma forma de organização ideal da sociedade ⁴, separando-os de sua família e do meio social em que viviam, posto que, segundo entendiam os alienistas, estes eram os responsáveis pela produção e pela estimulação das manifestações doentias dos alienados ⁵.

⁴ Para os alienistas o hospício deveria ser organizado como uma sociedade harmônica, em oposição à organização caótica que caracterizava o funcionamento da vida urbana e que determinava o aparecimento da alienação.

⁵ Segundo Birman (1978), por meio social os alienistas entendiam a sociedade industrial nascente.

Conforme explica Birman (1978), esta forma de tratamento, denominada pelos alienistas de **Tratamento Moral**, constituía uma prática pedagógica, em que um conjunto de elementos era manipulado com a finalidade de levar o alienado a transformar sua conduta estranha e diferente numa atitude de obediência e adaptação à organização asilar e ao alienista. Ou seja, a eficácia terapêutica do hospício residiria justamente na capacidade que este equipamento oferecia para controlar as manifestações de comportamento inadequadas do indivíduo, através de forças externas a ele.

Para tanto, o asilo deveria ser estruturado de tal forma que o tempo e o espaço do internado fossem minuciosamente regulados, por um conjunto de agentes (guardas e enfermeiros) hierarquicamente organizados, responsáveis pela vigilância dos alienados, sob o comando do alienista. Este ocuparia uma posição privilegiada, no topo da hierarquia, centralizando a direção técnica e administrativa do espaço asilar e controlaria a movimentação de todos os demais agentes no interior do espaço asilar. Pretendia-se, com isso, que a obediência dos funcionários ao alienista servisse como exemplo aos alienados, determinando o modo como deveriam submeter-se aos princípios da hierarquia no interior da instituição e, por conseguinte, na sociedade.

O reconhecimento da obediência como um valor fundamental pelo alienado era a condição básica para a realização e o sucesso do tratamento. Assim, caso o exemplo não fosse suficiente para obter a submissão do alienado às normas sociais, os agentes deveriam recorrer aos mecanismos coercitivos como as proibições e o castigo, cuja intensidade variaria em função do grau de resistência do alienado.

O trabalho era outro elemento empregado com a finalidade de, ao mesmo tempo, reorganizar o funcionamento interno caótico do alienado e recuperá-lo para a vida social. Por isso, o hospício deveria ser construído em locais que possibilitassem o desenvolvimento de atividades agrícolas, destinadas aos alienados mais confusos e descontrolados, com o intuito de forçar-lhes a realizar tarefas simples, mas que lhes exigissem um mínimo de organização interna. Para os alienados em convalescença atribuíam-se atividades mais complexas, como por exemplo a marcenaria, a serralha e a alvenaria que, além de exigirem maior concentração, preparariam-lhes para reintegrarem-se à sociedade (Birman, 1978).

Segundo Birman (1978) demonstra, para os alienistas, a cura estabelecia-se somente no momento em que o louco submetia-se ao poder do médico e era capaz de controlar-se. Entretanto, Pinel e Esquirol acreditavam que nem sempre era possível obter a cura e que os maus prognósticos deviam-se não ao fracasso do tratamento, mas à natureza do próprio

doente. Tal entendimento os fez separar os doentes em dois tipos de insanos: agudos e crônicos, dependendo do tempo de duração dos sintomas. Tal classificação tornou-se sinônimo de doentes curáveis e incuráveis, ou seja, quando a remissão dos sintomas era rápida, os doentes eram incluídos na primeira categoria, mas quando a remissão era lenta ou não ocorria, estes eram incluídos na segunda categoria.

Ainda do ponto de vista do tratamento, a inclusão na categoria de crônicos implicava no encaminhamento do doente para uma colônia agrícola, na qual empregava-se a laborterapia como forma de tratamento. Ao doente que se encontrava na fase aguda (que também podia acometer doentes crônicos) destinavam-se a contenção em quarto-forte ou a clinoterapia, o repouso, a alimentação adequada, a administração de medicações tônicas ou tranquilizantes e a hidroterapia, nos casos de agitação.

Ao longo do século XIX, com a consolidação do hospício como espaço para isolamento do alienado, os psiquiatras europeus dedicaram-se à elaboração e ao aperfeiçoamento da classificação das doenças mentais, formulando-as a partir da observação das manifestações de comportamento ou dos sintomas apresentados pelos doentes internados no espaço asilar.

Principalmente a partir da segunda metade do século XIX, a medicina mental europeia recorreu à noção de hereditariedade e à anatomia patológica para demonstrar a legitimidade das hipóteses sobre a natureza orgânica da doença mental. Mas por não terem encontrado na época muitos indivíduos com sinais anatômicos que pudessem comprovar a existência de lesões no cérebro ou em outros órgãos do corpo humano, os psiquiatras passaram a atribuir os sintomas psiquiátricos de algumas doenças mentais a alterações funcionais (Alexander, Selesnick, 1980).

Conforme Alexander, Selesnick (1980), o belga Benedict Augustin Morel e o alemão Emil Kraepelin, dentre outros alienistas europeus, foram principais autores destas concepções teóricas, que foram posteriormente aprimoradas pela psiquiatria organicista. Enquanto Morel defendia que a doença mental era um desvio do comportamento normal e que este era transmitido hereditariamente de uma geração a outra, produzindo indivíduos degenerados e, portanto, doentes mentalmente (teoria da degenerescência), Kraepelin dedicou-se a aprofundar a classificação das doenças mentais e elaborou uma nosografia psiquiátrica. Ele adotou a denominação **demência precoce**, utilizada por Morel, para

designar a esquizofrenia ⁶ e como aquele defendeu por muito tempo que as doenças mentais eram transmitidas hereditariamente. Argumentava que toda doença mental era uma doença orgânica e que os sintomas psíquicos tinham como núcleo o corpo, mais especificamente o cérebro e o sistema nervoso. Mas, na década de 10, Kraepelin passou a defender a posição de que além das alterações orgânicas também perturbações metabólicas, intoxicações exógenas e infecções estavam relacionadas ao aparecimento de afecções nervosas (Alexander, Selesnick, 1980). O sistema explicativo das doenças mentais, bem como a nosografia psiquiátrica por ele criada, foram adotados pela geração de psiquiatras que atuou nas instituições brasileiras, a partir do início do século XX, provocando uma modificação da posição até então fatalista que estes médicos possuíam em relação aos doentes mentais, considerados, em sua maioria, doentes incuráveis, aos quais restava oferecer assistência médica por razões simplesmente humanitárias (Cunha Lopes, 1927).

1.1.3. As primeiras tentativas de organizar os hospícios brasileiros sob os princípios da psiquiatria.

A partir da segunda metade do século XIX, os alienistas brasileiros absorveram na sua produção acadêmica o sistema explicativo da alienação mental e o projeto terapêutico defendido por Pinel, Esquirol e Falret, em detrimento das concepções que defendiam uma etiologia e uma terapêutica exclusivamente orgânica para a alienação mental.

Desde então até o início do século XX, tentariam introduzir nas primeiras instituições psiquiátricas a forma de organização asilar proposta pelos franceses, o que implicava em assumir o controle sobre todos os agentes que atuavam no espaço asilar e transformar suas práticas em ações mais condizentes com os princípios do tratamento moral.

Todavia, este processo não se deu de forma imediata nem harmoniosa, caracterizando-se tal período por sucessivos conflitos no interior das instituições e por negociações políticas externas às mesmas, cujo objetivo era compelir o Estado a assumir definitivamente a administração daqueles estabelecimentos e delegar a direção dos mesmos aos alienistas.

A primeira tentativa de organizar um asilo de acordo com os preceitos do Tratamento Moral ocorreu no Rio de Janeiro. Lá, de acordo com Roberto Machado et al. (1978), a obra

⁶ O termo esquizofrenia foi cunhado por Eugen Bleuler (1985) para designar quadros de demência precoce que ele agrupou sob uma mesma denominação.

de Esquirol exerceu forte influência na formação dos primeiros psiquiatras e, já na elaboração do projeto arquitetônico do Hospício de Pedro II, os alienistas procuraram organizar o espaço e o funcionamento asilar de acordo com os princípios defendidos por aquele autor.

O primeiro princípio do Tratamento Moral, implementado no Hospício de Pedro II, foi o isolamento do alienado. Conforme Machado et al. (1978), a separação do doente da família e do meio social era fortemente defendida pelos psiquiatras brasileiros em seus relatórios e teses acadêmicas. Mas, nos primeiros anos após a inauguração do hospício, o isolamento se fez obrigatório somente para os doentes oriundos de famílias pobres ou para indigentes, o que mostra a subordinação da prática médica e do tratamento moral à função de exclusão social que na época atribuía-se socialmente às instituições psiquiátricas. Para Machado et al. (1978), por motivos táticos, os psiquiatras justificavam que as famílias ricas teriam recursos para reproduzir um hospício nas suas próprias casas, caso não optassem pela internação de seu familiar no hospício público, escamoteando, sob este discurso, as reais funções do asilo.

O outro motivo apresentado pelos alienistas do Rio de Janeiro para justificar a necessidade do isolamento do alienado era a possibilidade de se estabelecer uma relação do psiquiatra com o seu doente sem interferências externas, o que na verdade correspondia a tentativa de tomá-los como objeto exclusivo da prática médica. Para tanto propunham que o hospício se tornasse um local fechado, no qual ninguém entraria ou sairia sem autorização do médico e graças a vigilância constante das enfermeiras (Machado et al., 1978). Além disso, os alienistas propuseram que o hospício fosse construído em ponto geográfico distante do centro da cidade, sob o argumento de proporcionar ar puro, silêncio e tranquilidade aos doentes; entretanto, observa-se que, além disto, o distanciamento também servia aos propósitos de manter os alienados longe das ruas e do olhar público. Note-se que esta preocupação em manter os hospitais psiquiátricos distantes dos centros urbanos é mantida até hoje.

O segundo princípio do Tratamento Moral absorvido pelos alienistas na concepção do Hospício de Pedro II, foi a organização do espaço interno e a distribuição dos indivíduos no mesmo, a fim de manter o funcionamento da vida asilar de forma ordenada e regular. Neste sentido, o hospício foi concebido arquitetonicamente de forma a possibilitar a distribuição dos indivíduos de acordo com uma divisão primeiramente por sexo, depois por classes sociais, em seguida por comportamento (agitados, tranquilos) ou por serem portadores de moléstias contagiosas (Machado et al., 1978).

Conforme Machado et al. (1978), para os alienistas, a distribuição adotada, ao mesmo tempo em que não permitiria o isolamento completo do doente, possibilitaria mantê-lo em contato organizado com pessoas de seu sexo, sua classe e comportamento semelhante, sob vigilância permanente do médico, das freiras e dos enfermeiros e enfermeiras responsáveis pelo seu cuidado no Hospício de D. Pedro II.

Machado et al. (1978) salienta ainda que o objetivo dos psiquiatras era também o de distribuir os doentes de acordo com a classificação de suas doenças, embora se queixassem de que a construção daquele prédio não o permitisse. De qualquer forma, vê-se que até o último quartel do século XIX, a psiquiatria brasileira ainda encontrava-se distante daquele objetivo, haja visto que os critérios então utilizados para distribuir os internados, tais como: agitados, tranquilos, sujos, limpos, baseavam-se muito mais numa definição de seus comportamentos e condições de higiene do que numa nosografia psiquiátrica.

A adoção daqueles dois primeiros princípios revela que, naquele período, os psiquiatras do Rio de Janeiro acreditavam que:

"Mais do que um simples edifício, o hospício é um instrumento de cura: no hospício o que cura é o próprio hospício, é a organização do espaço e a consequente localização do indivíduo em seu interior." (Machado et al., 1978, p. 434)

Segundo o mesmo autor, os outros dois princípios do Tratamento Moral, incorporados à dinâmica do Hospício do Rio de Janeiro, eram a vigilância e a distribuição do tempo do internado.

A vigilância consistia numa propriedade essencial do tratamento e do próprio funcionamento interno do asilo e deveria ocorrer em dois níveis. Num primeiro, em que a vigilância dos internados deveria ser realizada constante e permanentemente pelos enfermeiros. Num segundo nível, em que estes agentes também tornar-se-iam objeto de vigilância de uma instância superior, no caso, o diretor. Este deveria ter uma presença constante no interior do asilo, de forma a assegurar o funcionamento automático do poder disciplinar.

Entretanto, até o final do século XIX, os alienistas encontraram dificuldades práticas para implementar a vigilância no interior do espaço asilar, de acordo com as prescrições de Esquirol, uma vez que, como mostra o Relatório de 1855 (Barbosa apud Machado et al., 1978), o hospício dispunha de apenas um médico (o próprio diretor), de doze enfermeiros, e

de treze irmãs de caridade, que se distribuíam no cuidado das enfermarias, salas de trabalho, cozinha e dispensa. Tal situação, de fato, garantia a concentração do poder, proporcionado pela vigilância, nas mãos das irmãs e dos enfermeiros e não nas do médico, como prescrevia a psiquiatria francesa. Neste caso, não se dando sob os preceitos da psiquiatria, a vigilância no Hospício de D. Pedro II não atingiria os níveis e objetivos considerados terapêuticos pelos alienistas.

O quarto princípio era a distribuição do tempo dos alienados, pois, para a psiquiatria brasileira nascente, a finalidade do tratamento deveria ser principalmente a reabilitação do internado e sua posterior reinserção na sociedade. Por isso, os alienistas defendiam que o tempo fosse organizado de tal forma que não houvesse espaço para o ócio, e que o tratamento da alienação deveria consistir muito mais numa educação do doente do que no uso intenso de terapêuticas orgânicas ou físicas (Machado et al., 1978; Birman, 1978), sobre o tratamento moral como dimensão pedagógica. Dai ser o trabalho o principal elemento sobre o qual se organizaria a distribuição do tempo do internado. A atividade deveria tomar quase todo o tempo da internação, sendo interrompida apenas nos horários para alimentação, higiene e para aplicação de banhos e de remédios prescritos pelo médico.

Note-se que a implementação deste princípio era avidamente buscada pelos alienistas e isso deveu-se à necessidade, apontada anteriormente, de as instituições psiquiátricas atenderem as funções de disciplinamento dos homens livres, obrigando-os a incorporar o trabalho como um valor essencial e prepará-los para inserirem-se na nova ordem econômica que estabelecer-se-ia nas últimas décadas do século XIX no país.

Para Machado et al. (1978), estes quatro princípios em que se fundamentava a constituição do hospício como instrumento terapêutico médico compunham um "modelo de gestão asilar"⁷, na medida em que, em seu conjunto, possibilitavam normatizar a organização da vida no hospício.

Como se pode deduzir, pelo que foi até agora exposto, as práticas e os agentes de enfermagem possuíam uma importância fundamental na implementação daqueles princípios, na medida em que eram eles quem, na prática, se ocupavam da assistência direta ao doente e da administração interna do hospício.

⁷ "Estabelecendo normas de comportamento, intervindo para que estas normas sejam interiorizadas, transformando e criando a docilidade, a obediência, eles funcionam para toda a coletividade que habita o hospício." (Machado, 1978, p.443).

Segundo Machado et al. (1978), para aumentar a eficácia daqueles princípios, a persuasão, a repressão, o controle, a individualização eram táticas propostas pelos psiquiatras como meio de submeter a vontade do doente. Os métodos mais utilizados no Hospício de D. Pedro II, cujo uso era inclusive regulamentado no Estatuto da instituição, eram: a privação de visitas, passeios e recreios; a diminuição de alimentos; a reclusão solitária por até dois dias; o colete de força e os banhos de emborcação. Conforme aquele Estatuto, todos eles só deveriam ser aplicados mediante prescrição ou autorização médica. O poder de impingir-los era delegado ao primeiro enfermeiro, desde que na ausência do médico e que este fosse informado sobre os motivos que justificaram a necessidade da sua utilização.

Se, por um lado, o acima exposto caracterizava o dever ser da instituição, por outro lado, na prática, o funcionamento interno do asilo não coadunaria com os preceitos científicos recomendados pela psiquiatria européia da época, como denunciavam os sucessivos Diretores do hospício em seus relatórios. Para eles, tal situação decorria de dois problemas: o primeiro, a falta de uma legislação que regulamentasse a assistência aos alienados no país. Os alienistas queixavam-se de que não conseguiam controlar nem mesmo o internamento dos doentes, já que muitos eram internados sem sua autorização ou eram encaminhados às prisões, e outros não eram nem mesmo alienados, o que esvaziava as funções do hospício e contradizia o objetivo para o qual fora criado. Além disso, o ingresso de um número cada vez maior de doentes que não paravam de chegar aos hospitais acarretava sucessivas reformas na estrutura arquitetônica original, inviabilizando as pretensões dos alienistas de distribuir e classificar os doentes de acordo com a patologia que apresentavam e de aplicar o tratamento mais adaptado a cada doença⁸.

Conforme Machado et al. (1978), o segundo problema era a posição secundária a que estavam relegados os médicos na organização administrativa do hospício e as características que possuía o pessoal de enfermagem que neles atuava. Isto porque, desde sua criação, o Hospício de D. Pedro II, foi mantido sob a administração das religiosas da Irmandade de

⁸ Conforme Teixeira Brandão apud Machado et al. (1978), a lotação do hospício estabelecida pelo Ministério do Império em 1859 era de trezentas vagas, mas há anos não descia de trezentos a trezentos e cinquenta internos. Estes eram atendidos por apenas três médicos, dois encarregados da ala masculina: um, da ala feminina. Tais dados mostram uma proporção de um médico para cada cem pacientes aproximadamente, o que de fato tendia a esvaziar a possibilidade do médico elaborar diagnósticos ou estabelecer uma relação mais próxima com o doente, como se prescrevia no tratamento moral, a presença desses médicos no estabelecimento era eventual e não integral como deveria ser na opinião de Teixeira Brandão apud Machado et al. (1978)

São Vicente de Paula, oriundas da Santa Casa, que possuíam o controle desde o nível financeiro até a organização do espaço e distribuição dos doentes no mesmo, cabendo aos médicos um papel secundário nas decisões relacionadas à forma de organização do hospício. Segundo os alienistas argumentavam, tal situação inviabilizava a implementação do tratamento médico, pois o hospício mantinha-se simplesmente como um espaço de segregação e de exercício da violência, não proporcionando qualquer possibilidade de cura aos doentes.

Nos anos 80, as posições assumidas pelas irmãs na administração do estabelecimento e no trato diário com os pacientes passaram a ser alvo de duras críticas por parte dos psiquiatras, conforme mostram passagens da obra de Teixeira Brandão:

"Entregue às irmãs de São Vicente de Paula (o hospício) assemelhava-se mais a um convento do que a um hospital. De manhã e a noite, os cânticos religiosos confundiam-se com o alarido dos loucos entregues a enfermeiros boçais, enquanto as irmãs de caridade cumpriam os preceitos impostos nos estatutos da Congregação." (Teixeira Brandão apud Machado et al., 1978, p.466)

Fica claro que os médicos identificavam uma incompatibilidade entre a forma de assistência de enfermagem existente no hospício e a viabilização do modelo de gestão proposto pela psiquiatria. Explicitava-se, então, o conflito que se instalara no Hospício de D. Pedro II, a partir do final do século passado, entre dois saberes: o da psiquiatria - laico, fundado em princípios supostamente científicos, baseados numa racionalidade própria, a da medicina - e o da enfermagem - empírico, religioso, cuidado concebido como atividade feminina, de dimensões filantrópicas e caritativas

Afora isso, os enfermeiros eram apontados como responsáveis pela violência que marcava as práticas no interior do hospício, apesar destas terem sido propostas e regulamentadas pelos próprios alienistas. Os enfermeiros, diziam os alienistas, por serem recrutados entre pessoas com péssimas condições intelectuais, com defeitos de caráter, não possuíam condições mínimas para viabilizar princípios pedagógicos que eram a base do Tratamento Moral. Para se ter um exemplo do que pensavam os médicos sobre os agentes de enfermagem existentes naquela instituição, reproduz-se, a seguir, um trecho do Relatório do Diretor do Hospício, referente ao ano de 1855:

"No serviço dos homens há doze enfermeiros debaixo da imediata inspeção das irmãs de caridade. Geralmente estes empregados servem mal e nenhuma confiança

merecem. É necessário a maior vigilância sobre eles, punindo-os à miúdo, despedi-los, etc. Não é isso porém de admirar: todo o mundo conhece a classe dos homens que entre nós se presta a tal gênero de serviço mediante a quantia de vinte quatro mil réis mensais." (Barbosa apud Machado et al., 1978, p.437)

É interessante notar que os homens e as mulheres que trabalhavam no hospício vinham do mesmo grupo social que a maior parte dos indivíduos que a psiquiatria tomara como objeto, os homens livres. Por isso, o preconceito que recaía sobre aquele grupo social reproduzia-se também no interior da instituição, justificando o discurso dos alienistas e servindo de base às suas tentativas de normatizar também o comportamento dos agentes de enfermagem leigos que atuavam no hospício.

Sendo assim, as características pessoais e o comportamento dos trabalhadores de enfermagem que atuavam naquele estabelecimento efetivamente constituíram uma preocupação permanente para os psiquiatras, não só naquele período como também nas décadas subsequentes. Segundo Maria Aparecida Gussi (1987), já em 1866, Teixeira Brandão, então médico do Hospício, via nas características morais e na falta de preparo específico do pessoal de enfermagem que lá atuava, um grave problema para a transformação do hospício num espaço efetivamente terapêutico. Segundo ele dizia:

"(...) os doentes ficam entregues ao pessoal do serviço econômico e aos enfermeiros que não têm habilitação para notar as mudanças de sintomatologia, registrar os fatos dignos de observação, os fenômenos que poderiam esclarecer o juízo diagnóstico e mais particularidades assinaláveis." (Teixeira Brandão apud Gussi, 1987, p. 21)

Neste sentido, para os alienistas a transformação do Hospício num instrumento de cura e a implementação do tratamento moral demandaria a transformação das práticas e dos agentes de enfermagem, a quem se atribuiria o cuidado direto do doente mental. Tratava-se de preparar a enfermagem para assistir aos alienados de forma sistemática e baseada em princípios médicos. O enfermeiro(a)⁹ precisava ser treinado para observar o que havia de relevante para a realização do tratamento moral, entendendo a alienação como doença e não como instrumento para salvação da alma. Na medida em que passava-se de uma concepção de "doença" da alma para "doença" do corpo, isto implicava na presença de um trabalhador

⁹ Este termo está sendo utilizado aqui num sentido genérico, uma vez que no século passado todos os indivíduos que realizavam cuidados de enfermagem recebiam esta denominação.

que se voltasse para o corpo. Neste sentido, já no último quartel do século XIX, dizia o diretor do hospício:

"Quanto prosperaria o hospício se em vez de ser, como é, uma anomalia hospitalar, fosse uma casa de tratamento de alienados, onde o serviço sanitário emergisse com o brilho da nossa missão profissional e com a serenidade augusta da abnegação feminina?" (Teixeira Brandão apud Machado, 1978, p.468)

Segundo Gussi (1987), a partir dos anos 80, a disputa entre os médicos e as religiosas acirrou-se, transformando-se num conflito político, que transpos os muros do Hospício, ao articular-se aos confrontos da natureza político-ideológica, particularmente a luta entre o poder do Estado e o poder da Igreja, entre a moral laica e a moral religiosa, que perpassavam a sociedade da época (Basbaum, 1982). A expulsão das irmãs de caridade daquele estabelecimento no ano de 1890 acarretou a falência administrativa da instituição.

Com isso, criaram-se as condições para que a via formal de preparação do pessoal de enfermagem fosse adotada, através da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, que serão analisadas no próximo tópico.

Nos demais asilos brasileiros, criados na segunda metade do século XIX, a situação encontrada pelos seus primeiros alienistas não seria muito diferente da que se apresentava no Rio de Janeiro. Guardadas as especificidades locais, em todos eles, os alienistas empreenderam uma intensa movimentação no sentido de subordinar os demais agentes e concentrar em suas mãos a direção administrativa e técnica dos estabelecimentos, que, segundo eles, tornava-se uma condição imprescindível para que pudessem implementar o tratamento moral.

Conforme relata Paulo Fraletti (1987), em São Paulo, o Asilo Provisório de Alienados foi inaugurado em 1852. A finalidade inicial do asilo paulista foi somente de abrigar e proteger os insanos que então vagavam pelas ruas sem nenhuma assistência, ou eram encarcerados em suas próprias casas ou nas prisões. No asilo, os alienados não eram submetidos a qualquer tratamento psiquiátrico e quando adoeciam fisicamente eram atendidos pelos cirurgiões da Santa Casa de Misericórdia. Conforme Cunha (1986), o cuidado aos doentes ficava entregue a empregados desqualificados, na maioria negros libertos e ex-presidiários, que recebiam remuneração baixíssima e constantemente ameaçavam abandonar coletivamente o trabalho.

Da mesma forma que ocorrera no Hospício de Pedro II, dez anos após a inauguração, as instalações do asilo paulista já haviam se tornado insuficientes para abrigar o número de alienados que ali se encontravam. Estes foram transferidos para uma chácara na Várzea do Carmo, em 1862, que alguns anos depois apresentou novamente problemas de superlotação (Fraletti, 1987; Cunha, 1986).

Segundo Urquiza (1991), nos primeiros quarenta anos, a direção administrativa do Asilo de São Paulo foi atribuída pelo presidente da província a pessoas leigas em medicina. Mas, embora não fossem médicos, em relatórios que enviavam ao governo da província, os diversos administradores criticaram as condições em que viviam os insanos naquele estabelecimento. Conforme diziam, o hospício fora abandonado pelas autoridades governamentais, que não lhe destinavam verbas, o que fazia do asilo um lugar de recolhimento dos insanos. Estes lá permaneciam sem receber tratamento apropriado, vigiados por guardas.

A estrutura arquitetônica do prédio impedia que fossem implementados os preceitos do Tratamento Moral, não havendo condições para separar os indivíduos por sexo, ou por moléstias. Também a falta de pessoal e de material, somada à superpopulação do estabelecimento dificultava a implementação dos demais preceitos (Fraletti, 1987). Os castigos físicos e a contenção mecânica eram os únicos meios empregados no trato com os alienados.

Em Salvador, em 1874, a inauguração do Asilo de São João de Deus também foi produto de uma intensa movimentação promovida pelos médicos baianos durante dezesseis anos, conforme Jacobina (1982). Lá, como no Rio de Janeiro, a construção do hospício resultou de uma associação entre o governo provincial e a Santa Casa de Misericórdia, a quem foi atribuída a manutenção financeira do estabelecimento e a destinação de pessoal.

No período compreendido entre 1874 a 1882, diferentemente do que ocorrera nos demais asilos então existentes no país, a direção administrativa do hospício foi assumida pelos próprios alienistas, o que, para Jacobina (1982), foi obtido devido às posições políticas que os médicos baianos possuíam no aparelho estatal e à eficácia de seu discurso no sentido de transformar a questão da loucura numa questão eminentemente médica.

A concentração da direção técnica e administrativa pelo alienista possibilitou a organização da vida e do espaço asilar sob uma racionalidade médica e conseqüentemente a introdução do Tratamento Moral. O primeiro diretor, Demétrio Tourinho, além de distribuir

os alienados por sexo e comportamento (agitados/tranquilos, agudos/crônicos), introduziu o sistema não restritivo, os exercícios, aulas de música e sala de costura. O terceiro diretor, Circundes de Carvalho, construiu a casa de banhos, que garantiu o emprego da hidroterapia, e estabeleceu o regime de *open-door*. Empregavam-se também medicamentos, mas estes eram considerados, pelos médicos baianos, meramente paliativos no tratamento da alienação. Contudo, as medidas repressivas para contenção dos alienados continuariam sendo empregadas, apesar de sua utilização depender de prescrição médica a partir de então. A implementação efetiva destes procedimentos, bem como da vigilância e do controle direto dos internados era delegada aos guardas e enfermeiros.

Para Tourinho apud Jacobina (1982) a participação do pessoal de enfermagem era fundamental para a efetiva implementação do Tratamento Moral, constituindo um prolongamento da figura do alienista junto aos internados. Entretanto, no entender dos alienistas, o pessoal de enfermagem não era composto por pessoas idôneas, o que acarretava excessos no emprego das medidas coercitivas, prejudicando a realização do tratamento. Ele recomendava, então, que a seleção de enfermeiros e guardas para trabalhar no hospício seguisse certos critérios. Os funcionários deveriam ser "indivíduos inteligentes e ativos, mas também robustos, como precaução para os fracassos dos procedimentos brandos e persuasivos" (Jacobina, 1992, p.62). O que mostra a contradição do discurso dos alienistas que, apesar de não abolirem o uso de medidas coercitivas, atribuíam às características do pessoal de enfermagem a responsabilidade pelo exercício da violência.

Naquele período o hospício tornou-se um importante campo de pesquisa e de ensino para os primeiros psiquiatras da Bahia, lá desenvolvendo-se bastante os estudos anátomo-patológicos e, a partir do final do século XIX, a medicina legal. Todavia, já nos primeiros dez anos de existência e depois, nos períodos subsequentes, a falta de verbas, a superlotação e a insalubridade constituíram um entrave para a execução das propostas terapêuticas.

Segundo Jacobina (1982), a crise financeira por que atravessou o hospício desde os seus primeiros anos levou a Santa Casa a destituir os alienistas da direção administrativa, entregando-a a administradores leigos, de 1882 a 1912, sob o argumento de que a manutenção do hospício tornara-se muito onerosa para um estabelecimento que, na prática, deveria cumprir tão somente a função de exclusão de elementos que perturbassem a ordem pública.

Durante o período em que estiveram afastados da direção do hospício, constante e veementemente, os alienistas criticaram publicamente as condições de insalubridade, de

estrutura física e a organização interna do asilo, atribuindo-as à administração leiga. No seu modo de ver, havia uma incompatibilidade entre uma administração leiga, que nada entendia sobre tratamento de alienados, e a proposta de transformar o asilo num instrumento de cura. Daí, empreenderam intensa pressão para que o Estado assumisse a administração do hospício e a atribuísse a pessoas competentes para tanto, ou seja, os próprios alienistas.

Em Porto Alegre, o Hospício São Pedro, criado pelo Presidente da então Província do Rio Grande do Sul, através da Lei Provincial nº. 994, de 13 de maio de 1874, seria inaugurado somente dez anos depois. Entretanto, nos primeiros anos que se seguiram à inauguração, em 29 de junho de 1884, a administração do estabelecimento foi delegada à Santa Casa de Misericórdia, que fora a instituição responsável pelo asilo dos alienados até aquele momento. O funcionamento do estabelecimento psiquiátrico foi disciplinado pelo Regulamento do Hospício São Pedro, criado pelo Presidente da Província pelo Ato nº. 58A, de 13 de junho de 1884, no qual, por determinação deste, cabia ao Provedor da Santa Casa administrar a verba orçamentária destinada ao Hospício pelo governo da Província, designar o pessoal a ser contratado e nomear a administração superior do Hospício. No artigo 7º., encarregava-se o Administrador do serviço econômico do hospital e no artigo 9º., estabelecia-se que ao médico, designado pelo Provedor, caberia a direção do serviço sanitário e a proposição da nomeação e demissão dos enfermeiros ao administrador, dentre outras competências relacionadas ao tratamento médico dos internados. Todavia, segundo previa o Regulamento, a admissão e a saída dos pacientes do Hospital era de competência do Provedor.

Os tratamentos psiquiátricos empregados até o início do século XX no Hospício São Pedro consistiam praticamente no isolamento do louco e na sua conseqüente exclusão social. Segundo Souza (1942), em 1884, para o cargo de Diretor foi nomeado um clínico, o Dr. Carlos Lisboa, uma vez que não se exigia especialização para o exercício do cargo. Este adquiriu conhecimentos de psiquiatria durante sua formação médica, realizada no Rio de Janeiro. Em seus Relatórios ao Provedor da Santa Casa, Lisboa queixava-se de que, das prescrições dos alienistas franceses em relação as características que um hospício deveria possuir para tornar-se efetivamente um espaço terapêutico, só fora possível seguir a da separação dos doentes por sexo. Por isso, Lisboa apontava a necessidade de se reestruturar o ambiente hospitalar, de tal forma que se pudesse observar metodicamente os doentes e depois separá-los por classificação nosográfica; acompanhar a evolução do quadro de modo sistemático, instituindo uma ficha de anamnese, uma vez que não se dispunha de uma história de vida detalhada e nem mesmo informações sobre a moléstia atual, quando o

doente ingressava no Hospital. Também, providenciou o aparelhamento do hospital para realizar pesquisas anatomopatológica, importando da Europa uma caixa de autópsias e reservando uma das salas para "estudos cadavéricos e microscópicos" (Souza, 1942). E, em 1884, criou um serviço ambulatorial de clínica geral e pequena cirurgia dirigido não só aos alienados, mas à população dos arredores do estabelecimento e uma escola para alfabetizar os alienados em tratamento.

No mesmo período, poucos princípios do Tratamento Moral foram adotados no Hospital. Como mostra ainda Décio Soares de Souza (1942), a despeito da resistência oferecida pelos administradores, Carlos Lisboa mantinha os doentes fora das celas, em liberdade durante parte do dia, sob sua observação direta. Empregava, então, terapêuticas químicas, como, por exemplo, a beladona, os brometos, o ópio e o cloral nos casos de agitação; a valeriana, a noz vômica, os tônicos, os ferruginosos e o iôdo, em casos de depressão; assim como os purgativos, os eméticos, o sulfato de quinino e a digitalis. Aconselhava também o uso de exercícios físicos e da hidroterapia; entretanto as deficiências das instalações hidráulicas do Hospital, que só seriam sanadas nos anos 20, eram apontadas pelo alienista como um problema para a sua utilização adequada.

Portanto, tentando diferenciá-lo de um simples asilo, Lisboa procurou transformar o Hospício São Pedro num instrumento terapêutico, procurando organizá-lo sob princípios científicos preconizados pela psiquiatria mais avançada de sua época. Mas, apesar da semelhança existente entre a forma inicial de organização dos serviços do Hospital São Pedro e a dos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro até o início do século XX, vê-se que as principais técnicas que constituíam o Tratamento Moral não foram implementadas. Ou seja, o emprego da hidroterapia e da laborterapia, e a distribuição espacial dos indivíduos conforme o comportamento e evolução da doença não foram implementados, sendo o isolamento dos doentes em cela e as terapêuticas químicas as formas de tratamento mais empregadas. Sendo assim, apesar da criação de estruturas para investigações anatomopatológica, a precariedade das condições físicas do Hospital prejudicavam a realização de diagnósticos.

Neste contexto, a participação do pessoal de enfermagem na implementação do Tratamento Moral também representava um problema para alcançar os propósitos terapêuticos que um hospício deveria possuir aos olhos daquele alienista. Segundo Souza (1942), Lisboa apontava a deficiência de pessoal de enfermagem (que se limitava a dois enfermeiros para cinquenta e dois doentes homens e uma enfermeira para quarenta e duas

mulheres, de 1884 a 1889) e os baixos ordenados que recebiam, como um empecilho para a concretização daqueles propósitos, pronunciando-se em seus Relatórios da seguinte forma:

"A circunstância da mesquinhez de ordenados aos empregados inferiores é de alta importância: porque, em regra geral, os indivíduos que dispõem de certos requisitos, que os tornam aptos para o desempenho de tais empregos, não se querem sujeitar, de certo, aos sacrifícios, de que acima falei, para receber um vencimento que não lhe compensa o trabalho, não barateiam tanto o serviço. O resultado disto é que concorrem a tais lugares indivíduos que não se acham no caso de desempenhá-los de modo conveniente. Um mau enfermeiro, não é só um tropeço na marcha do serviço, é até um obstáculo, e bem grande, ao tratamento do doente: num hospício é então o que se pode chamar precisamente uma calamidade" (Lisboa apud Souza, 1942, p. 77)

Deste modo, vê-se que, também em Porto Alegre, a desqualificação do pessoal de enfermagem era vista como um entrave para a transformação do asilo num espaço terapêutico.

1.1.4. A concentração pelos alienistas do poder administrativo no interior das instituições psiquiátricas.

Na última década do século XIX, com as mudanças de natureza econômica e política ocorridas no Brasil, criou-se uma base material, política, para as tentativas de implantação definitiva do novo modelo terapêutico no interior do hospício e para as transformações nas práticas de enfermagem, que possibilitaram a institucionalização da mesma no país.

Desde 1889, o Governo Republicano tratou de dotar de maior eficiência as instituições psiquiátricas, na medida em que, a partir deste período, elas tornar-se-iam ainda mais importantes para assegurar a manutenção da ordem social.

Isto porque, nos últimos vinte anos que antecederam a República, o país passara por importantes transformações que acarretaram a instalação definitiva das relações de produção capitalistas: a derrocada da economia mercantil, baseada no trabalho escravo; a formação de uma força de trabalho assalariada para a economia cafeeira, assegurada pela maciça incorporação de imigrantes estrangeiros, que possibilitou o surgimento de um mercado de

trabalho; a emergência da industrialização articulada à economia cafeeira e voltada para a produção de bens de consumo (Mello, 1988; Silva, 1985).

Tais transformações econômicas geraram também a formação de um excedente de trabalhadores imigrantes e de escravos libertos, que, ao serem-se excluídos do processo produtivo formavam focos potenciais de agitação social nas cidades, levando o Estado a ampliar e aprimorar mecanismos de controle sobre o espaço urbano (Carvalho, 1987), dentre as quais incluíram-se as instituições psiquiátricas

O primeiro ano de governo republicano, 1890, foi marcado por uma série de acontecimentos no âmbito da assistência psiquiátrica e da constituição da enfermagem, enquanto prática institucionalizada no país. Tais modificações foram: a desanexação do Hospício de Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e sua transformação em Hospício Nacional de Alienados através do Decreto nº. 142, de 11 de janeiro de 1890, do Governo Provisório; a criação da Assistência Médico-Legal aos alienados e de duas colônias na Ilha do Governador, através do Decreto nº. 206, de 15 de fevereiro de 1890, do Governo Provisório; a aprovação do Regulamento para a Assistência Médico-Legal aos Alienados, através do Decreto nº. 508, de 21 de junho de 1890 e finalmente a criação da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, anexa ao Hospício Nacional de Alienados, através do Decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890.

Sem dúvida, toda esta legislação, a qual se seguiram sucessivas reformulações de decretos e regulamentos, expressa a preocupação do governo da época de afastar as ingerências da igreja no campo da assistência psiquiátrica e em centralizar, sob seu poder, a organização das questões relativas ao doente mental, aos instrumentos e aos agentes responsáveis pelo seu cuidado, bem como ampliar quantitativamente as instituições psiquiátricas no país.

Além disso, tais estratégias jurídicas e políticas possibilitaram a ampliação e a consolidação do saber/poder médico no interior do espaço asilar ¹⁰, através dos seguintes elementos:

a) a centralização da administração da vida asilar pelo médico;

¹⁰ O exercício hegemônico do poder pelos médicos no interior do Hospício precisa ser relativizado no tocante às decisões sobre a internação de alienados, já que os Chefes de Estado e da Polícia também poderiam interferir nestas decisões. Cf. Gussi (1987).

b) a subordinação e o disciplinamento dos agentes e do processo de trabalho em enfermagem, por meio de dispositivos disciplinares (por exemplo, os regulamentos e regimentos, que normatizaram a atuação destes trabalhadores no interior dos hospitais);

c) e, diretamente articulado ao anterior, a constituição de práticas pedagógicas adequadas ao projeto da psiquiatria nascente, sistematizadas ou não, voltadas para a preparação de enfermeiros e enfermeiras.

Entretanto, tal processo não se deu ao mesmo tempo, nem com a mesma intensidade, em todas as primeiras instituições psiquiátricas. A concretização daqueles elementos dependeu de inúmeras variáveis, como, por exemplo, da capacidade de articulação dos alienistas com os representantes do poder político em cada local, das condições materiais para colocarem em prática os mecanismos disciplinares e as propostas de preparação de pessoal de enfermagem no interior das próprias instituições, dentre outras questões que serão examinadas a seguir.

Neste sentido, o processo empreendido pioneiramente no Rio de Janeiro é exemplar¹¹. No que diz respeito à centralização da vida asilar pelos médicos, o primeiro Regulamento para a Assistência Médico-Legal aos Alienados asseguraria o cargo de diretor a "médico de competência provada em estudos psychiatricos", nomeado por decreto presidencial, assim como estabelecia que o mesmo deveria residir em casa pertencente ao Hospício Nacional. Constavam como suas atribuições desde a superintendência de toda a Assistência, até a nomeação e exoneração de todos os funcionários (do diretor das colônias aos médicos; dos (as) enfermeiros (as) ao pessoal administrativo), assim como a autorização e análise de pedidos de internação, os relatórios sobre meios terapêuticos empregados, até o controle e a gestão financeira de todos os recursos do hospício (Brasil, 1890).

Quanto ao segundo elemento, o disciplinamento e a subordinação dos agentes de enfermagem, definiu-se detalhadamente, naquele regulamento, a composição do pessoal médico e de enfermagem do hospício e das colônias, assim como suas respectivas competências. Constará de três médicos externos, dois internos, estudantes da Faculdade de Medicina, um enfermeiro-mor e enfermeiros em número necessário. Aos últimos atribuía-se:

¹¹ Toma-se o Rio de Janeiro como exemplo por ter sido a primeira capital do país em que a organização da assistência psiquiátrica contemplou os três elementos mencionados no período compreendido entre os anos de 1889 a 1920.

"Art. 25. O enfermeiro-mor e os mais enfermeiros são auxiliares do serviço-médico e deverão cumprir exactamente as ordens que lhes forem dadas, sendo coadjuvados pelos serventes na seção dos homens e no corpo central sob as ordens do administrador." (Brasil, 1890)

Tal como se verifica acima, as atribuições dos enfermeiros correspondiam a sua posição subordinada na estrutura hierárquica do Hospício, pois, a inspeção e o controle sobre seu trabalho passaram a dizer respeito ao médico e não mais aos próprios agentes da enfermagem, as religiosas, como tinha sido até aquela época.

As irmãs de caridade, que permaneceram no Hospício até agosto de 1890, também tiveram suas atribuições regulamentadas, se bem que de forma muito diferente daquela que prevalecera no Império:

"Art. 26. Incumbe às irmãs de caridade, na parte relativa ao serviço sanitário, observar o que, por intermédio da supervisora, lhes for recomendado pelos médicos externos e pelos internos, no que respeita somente à seção das mulheres. Neste mister serão as irmãs de caridade auxiliadas por enfermeiras e serventes do seu sexo." (Brasil, 1890)

Aliás, a não aceitação da regulação e da subordinação hierárquica de seu trabalho aos médicos foi o que determinou a saída das religiosas do Hospício Nacional.

O primeiro regulamento estabeleceu, ainda, o regime disciplinar a que estaria submetido o pessoal de enfermagem no Hospício Nacional e nas colônias. Previam-se que o tempo do pessoal de enfermagem deveria ser total e minuciosamente controlado: havia obrigatoriedade de residir no hospital, diferentemente do que acontecia com os demais funcionários (do serviço administrativo, médicos com exceção do Diretor, farmacêuticos, etc). O uso de uniforme, segundo o figurino adotado pelo diretor geral, era obrigatório e, apesar de ser fornecido pelo hospital, o valor do mesmo seria mensalmente descontado em 10% das gratificações recebidas pelos enfermeiros todo mês. O salário recebido pelo enfermeiro-mor, a função mais alta na hierarquia da enfermagem, era bem mais baixo do que o dos demais funcionários subalternos como, por exemplo, cozinheiros, carteiros. Ou seja, mesmo nas funções que não demandavam mais do que saber ler e escrever, o ordenado ainda era significativamente maior do que o do enfermeiro-mor.

Na prática, a obtenção de mecanismos formais de regulação do trabalho do pessoal de enfermagem possibilitou um maior controle dos alienistas sobre os mesmos, mas não

resolveu o problema da falta de mão de obra, nem eliminou a indisciplina nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro.

Através do exame dos livros de registro de funcionários da Assistência Médico-Legal aos Alienados (Colônia Juliano Moreira, 1890- 1920) pôde-se verificar a composição do pessoal de enfermagem dos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e identificar as dificuldades enfrentadas pelos alienistas para administrar a atuação destes trabalhadores. Em 1890, quando as colônias da Ilha do Governador foram inauguradas, foram contratados onze enfermeiros, cinco guardas e três enfermeiras. Em 1891, o quadro de enfermeiros é aumentado para doze e são contratados mais seis guardas.

No mesmo ano, o livro de lançamento de empregados registra a contratação de seis enfermeiras francesas, das quais uma é registrada como inspetora, uma como enfermeira e as demais como guardas, mas não há registro da data em que as mesmas deixaram o estabelecimento.

A partir de 1895, o movimento de saídas de empregados passou a ser registrado, evidenciando que a rotatividade da mão de obra naqueles estabelecimentos era constante, particularmente no período de 1893 a 1900. Entre 1895 e 1896, o número de demissões de enfermeiros e guardas era superior ao número de admissões no mesmo ano. Esta tendência, com mínimas variações, prosseguiu até os primeiros anos do século XX.

Além disso, os motivos que levavam às demissões só são esclarecidos a partir de 1898, quando se passou a registrá-los mais detalhadamente. As fichas dos funcionários mostram que a maioria deles solicitava a demissão, enquanto os demais eram demitidos pelo diretor por terem cometido faltas disciplinares tais como: mau comportamento, agressão a pacientes, abuso sexual, abandono da enfermagem durante o expediente de trabalho, abandono do emprego, desvio de gêneros alimentícios para fora do hospital, falta de cumprimento aos deveres, embriaguez no serviço e, até, por ter caluniado colegas.

Verifica-se também que, no período, havia um significativo número de transferências para o Hospício Nacional de Alienados e de óbitos entre os funcionários das colônias, mas as causas das mortes não são explicitadas.

Portanto, se por um lado a centralização do controle da vida asilar pelos alienistas e a normatização das atividades dos agentes de enfermagem nos estabelecimentos da Assistência Médico-Legal aos Alienados possibilitavam condições mais adequadas à implementação do projeto terapêutico concebido pelos alienistas, por outro lado, a

implementação dos mecanismos disciplinares colocava novos problemas, pois não havia uma oferta de trabalhadores que preenchessem o perfil desejado pelos psiquiatras e, com isso, eles viam-se permanentemente as voltas com o problema da carência de mão-de-obra naqueles estabelecimentos.

Além disso, os baixos salários oferecidos, decorrentes do preconceito que cercava o trabalho manual, contribuía ainda mais para que este tipo de atividade não fosse procurado por pessoas que conseguiam inserir-se de outra forma no mercado de trabalho.

De acordo com o que foi exposto até aqui, fica evidente que a implementação do projeto psiquiátrico de transformar o hospício em instrumento terapêutico requeria a formação de uma força de trabalho disciplinada e com alguma especialização para operar as mudanças que os psiquiatras pretendiam introduzir no espaço asilar, já que a maioria dos trabalhadores até então empregados naqueles estabelecimentos eram indivíduos sem nenhuma qualificação e dificilmente subordinavam-se aos dispositivos disciplinares implantados pela psiquiatria.

A organização de um processo sistemático de preparação da força de trabalho para os hospitais psiquiátricos, que teve como consequência a formação da primeira escola de enfermagem e o início do processo de institucionalização da profissão no país, a partir de 1890, foi a via adotada pelos psiquiatras para responder àqueles problemas, compondo o terceiro elemento que possibilitaria a ampliação e a consolidação do saber/poder médico no interior do espaço asilar.

A inexistência de uma força de trabalho em enfermagem especializada no país foi o motivo que levou os psiquiatras a adotarem um modelo europeu de preparação de pessoal de enfermagem para trabalhar nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro no final do século XIX e em Porto Alegre, em 1939. Todavia o modelo adotado não era o único existente na Europa e na América do Norte. Como se mostrará a seguir ele foi escolhido pelos alienistas por ser o mais compatível com o modelo assistencial que os alienistas pretendiam adotar e com as condições da força de trabalho em enfermagem disponível no país.

1.2. A emergência da enfermagem profissional no campo da assistência psiquiátrica

1.2.1. Os precursores da enfermagem no Brasil

Com exceção do que ocorrera após a criação das primeiras instituições psiquiátricas, onde também os homens encarregavam-se do cuidado aos doentes mentais, no Brasil, até o final do século XIX, o cuidado aos enfermos era praticado predominantemente por mulheres, sem qualquer preparo formal específico, ou no âmbito doméstico ou nos raros hospitais existentes na época, sendo estas atividades desvinculadas de qualquer remuneração e assumindo um caráter eminentemente caritativo. A realização do cuidado baseava-se num saber empírico, transmitido de geração a geração, através da tradição oral.

De acordo com Denise Pires (1989), no Brasil Colonial, as religiosas, as parteiras, as curandeiras, as práticas, e as voluntárias leigas responsabilizavam-se pelo cuidado de enfermagem, constituindo seus primeiros exercentes. O que caracterizava o trabalho das religiosas e das voluntárias era sua natureza caritativa e assistencial, sendo realizado nos poucos hospitais existentes na época e tendo como objeto o cuidado do corpo e da alma. Quanto às curandeiras, aos(as) práticos(as) e às parteiras, sua atividade era eminentemente artesanal e somente o trabalho das últimas caracterizava-se como ofício, tendo sido institucionalizado e reconhecido como profissão em 1832, a partir da criação do curso de formação, atrelado à Escola de Medicina do Rio de Janeiro.

Enquanto na Europa, a profissionalização¹² da enfermagem ocorreria no século XIX, com o surgimento de diferentes modelos de preparação de pessoal de enfermagem para as instituições hospitalares, dentre as quais as psiquiátricas, no Brasil, até o início do século XX, num processo semelhante ao que ocorrera na Europa cem anos antes, aqueles agentes do cuidado de enfermagem foram sendo gradativamente desapropriados de suas atribuições e de sua posição social, tornando-se subordinadas à medicina, através de legislação que limitava ou proibia o exercício de suas atividades (Pires, 1989). De prática autônoma, de natureza caritativa, a enfermagem passou a constituir-se como profissão¹³ subordinada e complementar ao trabalho médico.

¹² Por profissionalização, Pires (1989, p. 33) entende "o processo de formação de trabalhadores para o exercício de um trabalho profissional, no sentido de trabalho remunerado e não caritativo típico de uma profissão".

¹³ Adota-se aqui a mesma noção empregada por Pires (1989, p. 34), que entende profissão como "a qualificação que detém determinado grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas

1.2.2. Os primeiros modelos europeus de preparação de pessoal de enfermagem.

A exposição que se faz aqui sobre a constituição dos modelos de preparação e a institucionalização da enfermagem e da enfermagem psiquiátrica nos países europeus e norte-americanos no período compreendido entre o final do século XIX e início do século XX, tem por objetivo situar o surgimento desta profissão no Brasil no âmbito das transformações ocorridas no cuidado de enfermagem a nível mundial para depois relacioná-las ao surgimento das instituições psiquiátricas no país.

Um destes primeiros modelos foi concebido por Florence Nightingale, na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, sendo adotado a partir da primeira metade do século XX pela maioria das escolas de enfermagem brasileiras.

Segundo Almeida (1984), tal modelo preconizava o exercício da enfermagem como arte e vocação, daí a origem do termo enfermagem vocacional. Procurando contrapor-se aos preconceitos que cercavam o pessoal de enfermagem e o trabalho desenvolvido por eles nos hospitais daquela época- visto socialmente como uma atividade degradante, exercida por pessoas de má reputação moral- Nightingale propôs um sistema de treinamento para enfermeiras, preconizando que estas deveriam ser selecionadas entre mulheres de sólida formação moral, providas das classes sociais dominantes. Para consolidar o sistema, Nightingale criou escolas de enfermagem junto aos hospitais gerais, resguardando, no entanto, a autonomia da direção das mesmas às enfermeiras, com o intuito de evitar a ingerência de médicos ou administradores na condução do ensino.

A primeira Escola foi criada em 1853, junto ao Hospital São Thomas, em Londres, destinando-se ao preparo de dois tipos de enfermeiras: lady-nurse e nurse, embora o enfoque predominante fosse dado à formação das primeiras. O critério de seleção para ambos os tipos de alunas era o nível social, sendo que as ladies eram recrutadas entre mulheres das classes sociais dominantes, capazes de custear seus próprios estudos, enquanto as nurses provinham da classe trabalhadora, recebiam ensino gratuito, sob a condição de prestarem serviços ao hospital durante um ano após o término do curso. Enquanto as primeiras eram preparadas para assumir postos de direção, supervisão e o ensino de enfermagem, as últimas eram treinadas para executar o cuidado direto ao paciente.

atividades e que dominam os conhecimentos (saberes) que fundamentam sua realização. Os profissionais controlam a produção e a reprodução destes conhecimentos através do ensino e da pesquisa (...). Geralmente se organizam em entidades do tipo associativo, de modo a garantir o respeito às regras estabelecidas de buscar o aprimoramento profissional e de desenvolver medidas de defesa do grupo."

Almeida (1984), salienta que o treinamento baseava-se no disciplinamento e na regulação do modo de vida de seus agentes, através do emprego de dispositivos disciplinares que delimitassem o lugar que cada indivíduo deveria ocupar no espaço e na hierarquia hospitalar. Para que as alunas incorporassem mecanismos disciplinares que promovessem sua "elevação moral", eram obrigadas a morar na Escola, onde eram supervisionadas dia e noite, inclusive nos períodos de folga; redigir um diário; e trabalhar por dez horas diárias nas enfermarias do hospital. Neste, as atividades limitavam-se à execução das ordens médicas e ao cuidado do ambiente do paciente, fato que certamente diminuiu a resistência da medicina em relação à introdução de um agente mais qualificado no espaço hospitalar, apesar da exclusão do médico da direção e da administração da Escola de Enfermagem, já que as duas atividades (médica e de enfermagem) não se justapunham.

Para a referida autora, este modelo corresponde ao surgimento da divisão social e técnica do trabalho entre os agentes do cuidado de enfermagem, na qual a *matron* ocupa-se da direção de todos os serviços do hospital; as *sisters*, a elas subordinadas, responsabilizam-se pela administração das enfermarias; e as *nurses*, situadas abaixo destas na hierarquia, é atribuída a execução dos cuidados ao paciente. Por sua vez, a *matron* é responsável pela comunicação do staff de enfermagem com o médico, o qual deveria dirigir-se somente e diretamente a esta para tratar de assuntos relativos à enfermagem.

Almeida (1984), concluiu que graças a esta forma de organização do processo de trabalho, o modelo proposto por Nightingale mostrou-se extremamente compatível com os interesses da produção capitalista, na medida em que possibilitava o disciplinamento da força de trabalho e um aumento da produtividade do trabalho, decorrente da divisão social do trabalho, o que contribuiu para que fosse adotado em outros países capitalistas

Segundo Olga Church (1987), até o final do século XIX, o sistema Nightingale expandiu-se para diversos países, principalmente para aqueles de religião protestante, em virtude da necessidade de empregar mão-de-obra leiga nos Hospitais Gerais. Nos Estados Unidos foram criadas a Belevue Training School for Nurses, em Nova York; a Connecticut Training School, ambas em 1873, e a Boston Training School, no Massachussets General Hospital, em 1883. No Canadá, foram criadas Escolas no Hospital Geral de Montreal (1875) e em Toronto (1881). Na Alemanha, em Berlim (1886) e na Suécia (1884).

Nos demais países da Europa o sistema só foi introduzido no século XX. Na França, por exemplo, a primeira escola baseada em tal modelo - École Florence Nightingale de

Bordeaux - só foi criada na primeira década do século XX, por intermédio de uma enfermeira inglesa (A Century of Psychiatric Nursing, 1979 ; Paixão, 1979)

Entretanto, o sistema Nightingale não foi adotado nos hospitais psiquiátricos, nos quais os cursos destinados a preparar enfermeiros(as) para o cuidado ao doente mental seguiram outros modelos, sob orientação direta dos médicos.

Como ocorreria posteriormente no Brasil, na Europa e na América do Norte, o preparo de enfermeiros(as) nas instituições psiquiátricas acompanhou o processo de medicalização dos asilos, originando modelos de preparação com características específicas e diferenciadas daquele destinado à formação para hospitais gerais durante o século XIX.

Segundo Seymer (1949), no século XIX, a falta de preparo e condições morais dos atendentes, vistos como pessoas de má reputação, incapazes de realizar adequadamente das tarefas que envolviam o cuidado aos enfermos, era uma das grandes dificuldades apontadas pelos reformadores dos asilos (dentre os quais ela cita Pinel, Tuke, Jacobi, Rush e Dix) para implantar os tratamentos por ela chamados não restritivos e humanitários. Os psiquiatras da época salientavam a necessidade de criar um novo tipo de atendente, capaz de "assistir inteligentemente aos insanos" (Seymer, 1949, p.212). Como foi visto no tópico referente ao tratamento moral, não se tratava propriamente de inteligência, mas de comportamentos que inspirassem nos pacientes o respeito e o temor pelos atendentes.

Ainda segundo Seymer (1949), a estratégia adotada foi o treinamento sistemático do pessoal hospitalar, o que ocorreu pela primeira vez na Escócia em 1854, no Crichton Institution, em Dumfries, seguido pelo primeiro curso organizado de leituras e treinamento em enfermagem mental no Mac Lean Hospital, em Boston, em 1882, e pela Alemanha, no Instituto Arnsdorf, em 1884. Seymer (1949), entretanto, não faz maiores referências à modalidade de preparação de pessoal de enfermagem na França, embora ela comente a preocupação de Pinel em reformular a assistência de enfermagem que encontrara em Bicêtre e Salpêtrière.

Porém, Janiaux-Nicolot (1989) salienta que já no início do século XIX, Pinel pretendia criar na Salpêtrière uma escola para treinar os guardas que atuavam nos estabelecimentos psiquiátricos franceses, mas não conseguiu fazê-lo ¹⁴. Esta só seria obtida no final do século. A Escola de Enfermeiras do Hospital Salpêtrière foi fundada em 1878, graças a iniciativa do médico e deputado Bourneville.

¹⁴ Os motivos que o impediram de criar tal escola não são explorados pela autora.

Embora a organização de treinamentos sistemáticos para enfermagem de ambos os sexos tenha se desenvolvido lentamente no século XIX, até as duas primeiras décadas do século XX quase todos os países europeus, o Canadá e os Estados Unidos já os tinham adotado.

Conforme Seymer (1949), havia, então, pelo menos dois tipos de treinamento em enfermagem psiquiátrica. O primeiro caracterizava-se por treinar enfermeiros dos sexos masculino e feminino exclusivamente em "hospitais mentais", onde poderiam receber ou não um pequeno treinamento em enfermagem geral. O tempo de duração do treinamento em enfermagem psiquiátrica variava de um, dois, até três anos, dependendo da forma adotada no país. Ao final do período o aluno submetia-se a um exame de qualificação. Tal modelo foi adotado na Grã-Bretanha, Holanda, Nova Zelandia, Suíça (três anos); na Finlândia, Alemanha, Dinamarca e Suécia (dois anos) e o de um ano não é mencionado o país. Em geral, o nível educacional e social destes indivíduos era baixo e eles não tinham a possibilidade de ascender a postos de direção na hierarquia, ocupando-se exclusivamente da assistência direta aos doentes mentais.

O segundo sistema de treinamento era desenvolvido na Suécia e na Finlândia, onde quatro ou seis meses de treinamento em psiquiatria em um hospital psiquiátrico fazia parte do curso de enfermagem geral. Esta forma foi adotada no Brasil nas escolas de enfermagem a partir dos anos 40 e ainda mantém-se em grande parte delas.

Seymer (1949), ainda registra que em certas escolas de enfermagem dos Estados Unidos, Austria, Japão e Suíça, assim como na França, o treinamento em psiquiatria era oferecido a todos os alunos de enfermagem em diferentes graus de ensino ¹⁵.

É interessante ressaltar alguns aspectos relacionados aos modelos europeus e norte-americanos de formação de pessoal de enfermagem. Em primeiro lugar, todos os modelos mencionados identificavam a profissionalização como um meio de modificar os padrões de conduta moral dos agentes de enfermagem. No entanto, desde o início do processo de

¹⁵ Na França, o registro de enfermeira para atuar em psiquiatria, assim como para as outras especialidades, era obtido após um período "adequado" de instrução em escolas reconhecidas pelo Ministério do Trabalho, Higiene e Bem Estar Social e pelo Conseil de Perfectionnement des Écoles d'Infirmières, mediante a realização de um exame, conforme passou a exigir-se a partir do decreto de 27 de junho de 1922 (Seymer, 1949). O fenômeno de treinamentos específicos para enfermagem psiquiátrica, realizado exclusivamente em asilos para alienados, sob a direção de psiquiatras é verificado também nos E.U.A. e Canadá, no final do século XIX, por Church (1987). Isto evidencia uma tendência geral a tratar de modo particular, ou melhor, diferenciado, a questão da formação dos agentes de enfermagem para atuar em psiquiatria.

profissionalização da enfermagem, no século XIX, houve uma diferenciação entre o modelo dirigido à preparação de pessoal de enfermagem para os hospitais gerais e o modelo adotado para preparar pessoal para as instituições psiquiátricas. Como mostra Seymer (1949), o último diferenciava-se dos demais por ser concebido pelos próprios médicos e desenvolvido em estabelecimentos vinculados aos hospitais psiquiátricos.

Pensa-se que a opção adotada pelos psiquiatras brasileiros por esta forma de organização dos treinamentos de pessoal em psiquiatria esteve relacionada ao próprio processo de medicalização dos hospícios, cujo modelo terapêutico adotado previa a centralização e a direção do espaço e dos agentes de enfermagem pelos médicos, o que dificilmente ocorreria caso fosse adotado o sistema Nightingale, no qual a direção do pessoal de enfermagem e a administração do ambiente físico estaria subordinada diretamente à matron.

1.2.3. O nascimento da enfermagem vocacional no campo da assistência psiquiátrica no Brasil.

Como foi dito antes, a necessidade de especializar agentes de enfermagem no cuidado ao doente mental foi uma condição necessária para o próprio processo de institucionalização da psiquiatria brasileira.

Segundo Moreira (1990), após a saída das religiosas, o diretor do Hospício Nacional, Teixeira Brandão, resolveu contratar enfermeiras leigas francesas para organizar o serviço de enfermagem nos estabelecimentos da Assistência Médico-Legal aos Alienados. A vinda de sete enfermeiras do Hospital Salpêtrière foi negociada, ainda em 1890, pelo diretor daquele órgão e o Ministro da Justiça e Negócios do Interior com o próprio governo francês, que autorizou a contratação das mesmas por um período de dois anos (de 1891 a 1893). Entretanto, segundo a autora, elas permaneceram no Hospício Nacional por mais de quatro anos, responsabilizando-se pelo cuidado aos doentes, apesar de não terem sido renovados seus contratos nem regularizada sua situação trabalhista pelo governo brasileiro, o que desencadeou o protesto das autoridades francesas. Todavia, não se sabe o que ocorreu com estas enfermeiras após 1895, pois os documentos referentes a este período foram extraviados.

De todo modo, concluiu Moreira (1990), a permanência das francesas no país antecedeu em trinta anos a vinda das enfermeiras norte-americanas para o Departamento Nacional de Saúde, com o objetivo de criar a Escola de Enfermeiras Anna Nery e de

estabelecer as bases para a introdução da chamada enfermagem moderna no país. A confirmação da permanência das enfermeiras francesas nos primeiros estabelecimentos psiquiátricos brasileiros, obtida por Moreira, possui importante relevância do ponto de vista historiográfico, pois possibilita questionar aspectos até então desconhecidos sobre a constituição da enfermagem, enquanto prática profissional ¹⁶, no campo da psiquiatria no Brasil. O primeiro aspecto diz respeito aos motivos que determinaram a hegemonia do sistema Nightingale, nos moldes norte-americanos, na organização do ensino de enfermagem no país, apesar da existência de uma Escola de Enfermagem anexa ao Hospício Nacional desde 1890. Outro, o motivo pelo qual as escolas vinculadas ao referido sistema, assim como suas diplomadas só tomaram efetivamente o cuidado ao doente mental como objeto de suas práticas no final dos anos 40, enquanto outros agentes de enfermagem, geralmente sem preparo formal específico encarregavam-se de realizá-lo, conforme analisar-se-á nos próximos capítulos deste trabalho.

Assim, a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício Nacional, através do Decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890, constituiu a primeira iniciativa de ensino oficial de enfermagem no país. Naquele decreto definiu-se que seu objetivo era formar profissionais para os hospitais psiquiátricos e militares existentes no país.

Mas, além da finalidade expressa no decreto, a escola atenderia também a outros objetivos. Conforme assinalou Moreira (1990), um deles foi a necessidade de obter mão de obra para o hospício até a chegada das enfermeiras francesas. Outro, conforme observa Gussi (1987), era promover a instrução e profissionalização de mulheres pobres, embora o estabelecimento de ensino se destinasse aos indivíduos de ambos os sexos. Segundo esta autora, a necessidade de criá-la era justificada pelo então Ministro de Estado, Ferreira Alvim, em carta ao Gal. Deodoro da Fonseca, como uma forma de resolver a falta de mão de obra no estabelecimento até a chegada das enfermeiras francesas e também seria de grande utilidade para atender o problema da educação feminina, já que poderia absorver um grande contingente de "meninas desvalidas", mantidas por instituições de caridade, dando-lhes condições para tornarem-se "criaturas úteis à pátria" em vez de entregarem-se ao vício ou aos "casamentos desiguais". Dizia ele :

¹⁶ Embora os enfermeiros preparados pela Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados não possuissem, num primeiro momento, o controle da produção de conhecimentos que fundamentava a realização de suas práticas, nem controlassem a sua reprodução através do ensino e da pesquisa, utiliza-se aqui a noção de profissão por entender-se que eles preenchiam as demais características citadas por Denise Pires.

" A Escola de Enfermeiras que o decreto que vos offereço tende a crear, abre, me parece, um campo vastissimo a actividade da mulher, onde, por sua delicadeza de sentimentos e apuro de carinhos, não terá competidores, quer junto ao leito dos enfermos hospitalares, quer nas casas particulares onde serão o complemento do médico. " (Alvim apud Gussi, 1987, p.39-40)

A solicitação de Alvim, com tais justificativas, parece ter comovido o Gal. Deodoro, que promulgou o decreto de criação da escola.

Como se pode perceber, a institucionalização da enfermagem, através da escolarização, tinha objetivos muito mais amplos do que a simples formação de pessoal para os serviços psiquiátricos. Isto é, também possibilitava a incorporação ao mercado de trabalho de um segmento da população até então excluído e potencialmente "perigoso" à ordem pública se não fosse absorvido e disciplinado pelo Estado. Ao mesmo tempo, o emprego de mulheres oriundas das classes populares (portanto, totalmente desprestigiadas numa sociedade em que o sexo feminino nem tinha seus direitos políticos reconhecidos) supostamente garantiria a subordinação destas aos médicos, evitando os conflitos anteriormente enfrentados com as irmãs de caridade, dos quais se falará mais a frente.

Neste sentido, indo além do que concluíram Gussi e Moreira, verifica-se que o surgimento de tal enfermagem foi também necessário para viabilizar definitivamente a transformação do hospício num instrumento de intervenção tipicamente médica sobre a loucura e, o que é mais importante, sob a direção dos médicos. Entende-se que a opção pelo modelo de formação sistemática de enfermeiras existente na França, particularmente em Salpêtrière, feita pelos psiquiatras do Hospício Nacional, e posteriormente pelos dirigentes do Hospital São Pedro, não foi casual, nem tampouco movida por desconhecimento de outras modalidades educacionais, mas por ser a forma mais apropriada para a operacionalização de um modelo de gestão centralizado na figura do médico e adequado às condições da força de trabalho disponível no país, que teria de ser empregada no Hospício rapidamente e com o menor custo financeiro.

Porém, nem todas as primeiras instituições psiquiátricas criadas no país adotaram modalidades formais de preparação para forjar tal especialização. Ao contrário do que ocorreu no Rio de Janeiro e, mais tarde, em Porto Alegre, onde também foi criada uma escola de enfermagem, inspirada no modelo existente na Salpêtrière, no interior do Hospital São Pedro, nas demais instituições, a preparação de trabalhadores de enfermagem para

psiquiatria assumiu diferentes formas, desenvolvidas no interior do próprio processo de trabalho

Se a necessidade de especializar trabalhadores no cuidado aos doentes mentais emergiu no bojo de um processo de transformação dos asilos em um espaço terapêutico da loucura, possivelmente, a adoção destas diferentes vias para obter tal especialização esteve relacionada às formas que assumiu a implementação de tal projeto psiquiátrico nas diferentes instituições, que, por sua vez, imprimiu determinadas características às práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica.

Dai a necessidade de examinar, antes, em que consistiu esta transformação, para que se possa compreender as características que assumiram as práticas de enfermagem nos diferentes estabelecimentos psiquiátricos brasileiros e os motivos que levaram seus dirigentes a adotar diferentes modelos de preparação de pessoal de enfermagem, a partir dos anos 20.

Para isso, retoma-se agora a discussão sobre os estabelecimentos psiquiátricos.

1.3. A organização dos hospícios e colônias psiquiátricas brasileiras sob a direção dos psiquiatras.

No final da primeira década do século XX, quando passou a chamar-se Assistência aos Psicopatas, a antiga Assistência Médico-Legal aos Alienados, que até então contava apenas com o Hospício Nacional e as colônias da Ilha do Governador, viu ampliar-se o número de estabelecimentos sob sua direção. Foram criadas a Colônia de Psicopatas de Jacarepaguá (atual Colônia Juliano Moreira), para homens, em 1919; a Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro (hoje, Centro Psiquiátrico Pedro II), para mulheres; e o Manicômio Judiciário (Costa, 1989).

Segundo apreende-se do exame dos documentos da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ela só passou a funcionar efetivamente em 1905, quando Juliano Moreira, recém chegado ao Rio de Janeiro, assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados e tratou de reorganizá-la ¹⁷. Desde então até o início dos anos 20, a escola

¹⁷ Para Juliano Moreira, a enfermagem possuía uma participação fundamental na implementação dos tratamentos psiquiátricos e os enfermeiros deveriam possuir certas características pessoais que os tornariam

manteve o mesmo objetivo e a mesma organização político-administrativa prevista no decreto de criação.

Em 1º de setembro de 1921, através de portaria, o Ministro da Justiça, Alfredo Pinto, aprovou o novo regimento interno da escola, estabelecendo sua divisão em três seções: uma masculina, uma feminina e outra mista. Segundo Almerinda Moreira (1990), a primeira seção não foi instalada e a seção mista da escola permaneceu no Hospício Nacional de Alienados, situado na Praia Vermelha, destinando-se aos alunos de ambos os sexos. A seção feminina foi instalada na Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, para onde foi transferida a sede da escola, que passou a chamar-se Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. Com isso, uma das finalidades para a qual fora proposta a criação da escola trinta anos antes foi finalmente atendida.

Portanto, na capital da república, os psiquiatras obtiveram as condições necessárias para consolidar seu projeto já na segunda década deste século.

Entretanto, nas demais capitais examinadas, o processo de consolidação do projeto psiquiátrico seguiu trajetórias específicas, às vezes diferentes da que ocorrera no Rio de Janeiro.

Em Porto Alegre, por exemplo, em 1889, pelo Acto nº.4, de 28 de novembro de 1889, o governo do Estado revoga os artigos do regulamento que atribuíam à Santa Casa a administração do Hospício, passando a responsabilizar-se totalmente por sua manutenção financeira e administrativa.

Em 1892, através do Acto nº.346 de 8 de outubro de 1892, o hospital recebeu um novo regulamento (Rohrig, Oldemar, s/d) que vigorou até 1925. Através daquele regulamento, obtém-se definitivamente a concentração do poder político e administrativo, antes compartilhado com outros agentes, nas mãos da corporação médica, representada pelo diretor do Hospital, bem como empreende-se o aperfeiçoamento de mecanismos disciplinares que estabeleciam a posição de cada categoria profissional e os limites de sua atuação no interior do espaço asilar. Com isso, do final do século XIX até a primeira metade do século XX, o controle do processo de trabalho nos estabelecimentos psiquiátricos públicos de Porto Alegre coube à categoria médica.

aptos a atuar como agentes terapêuticos. As concepções deste alienista sobre a participação do pessoal de enfermagem no desenvolvimento dos tratamentos da época são discutidas no capítulo II do presente estudo.

Contudo, a despeito de tais mudanças de âmbito formal, a partir do final dos anos 80 do século passado, até os dez primeiros anos do século XX, a manutenção do Hospício São Pedro apresentou inúmeras dificuldades. Carlos Lisboa e os demais médicos que o sucederam no cargo de diretor, queixavam-se insistentemente, às autoridades do governo estadual, da falta de recursos financeiros; da insuficiência numérica de funcionários; da deterioração do prédio central, cada vez menos adequado para receber um número cada vez maior de doentes que chegavam ao hospital, acarretando a sua superlotação; da inexistência de abastecimento de água, que inviabilizava a implementação da hidroterapia, obrigando os alienistas a recorrerem cada vez mais a outros procedimentos terapêuticos, como o uso de celas-fortes e camisas de força (Souza, 1942, p. 76-80).

Em 1908, Dioclecio Pereira da Silva assumiu a direção do hospício e adotou algumas medidas que objetivavam minorar os efeitos da superlotação, da falta de pessoal de enfermagem e de pessoal médico especializado em doenças mentais. No ano seguinte, foi criada a Colônia Agrícola Jacuí, no município de São Jerônimo, para onde foram transferidos doentes crônicos do hospício, sob o argumento de oferecer-lhes atividades agrícolas com uma finalidade terapêutica. Instalada numa antiga charqueada, as condições de alojamento para os doentes eram precárias e, devido a distância da capital, eles quase não recebiam assistência médica (Godoy, 1952, p. 62), o que torna explícita a intenção de minorar os problemas de superpopulação do hospital vividos na época.

Ainda no início de sua gestão, Pereira abriu o hospital ao ensino da disciplina de Clínica Psiquiátrica, com o objetivo de estimular a escolha desta especialidade pelos médicos formados no próprio Rio Grande do Sul (Soares de Souza, 1942, p.80). Mesmo assim, de modo geral, os primeiros médicos a atuar nesta especialidade, em Porto Alegre, continuaram buscando sua formação ou no Rio de Janeiro, ou na França, provavelmente pelo prestígio que lhes proporcionava uma formação européia e pela precariedade do hospital como campo de ensino, dada a deterioração de suas condições materiais.

Em 1910, para atender a carência de pessoal de enfermagem daquele estabelecimento, o diretor solicita os serviços de religiosas francesas, pertencentes à Congregação de São José, das quais duas eram enfermeiras com preparo específico em psiquiatria. A elas foi atribuída a administração dos demais agentes de enfermagem, dos serviços de alimentação e higiene e o cuidado direto das pacientes nos pavilhões femininos, onde eram auxiliadas por atendentes leigas (Godoy, 1952, p. 161).

A chegada de irmãs no Hospital São Pedro sugere que a procura pelas enfermeiras francesas para atuar no campo da psiquiatria não representou uma atitude isolada, haja visto que, tanto em Porto Alegre, quanto no Rio de Janeiro, a contratação de pessoal de origem francesa deu-se num período de menos de vinte anos, numa tentativa de empregá-las para solucionar a falta de pessoal devidamente qualificado para atuar junto aos doentes mentais. Por outro lado, no caso de Porto Alegre, é preciso considerar que o trabalho realizado por religiosas, por sua natureza essencialmente caritativa, poderia adequar-se melhor à precariedade das condições de trabalho existentes naquele estabelecimento psiquiátrico, pois este aspecto era compreendido pelas irmãs como parte de sua missão caridosa, e, por isso mesmo, não o submetiam a questionamentos.

A adoção de mecanismos sistemáticos de preparação de pessoal de enfermagem e a efetiva implementação de procedimentos terapêuticos, sob a coordenação direta dos médicos só seria empreendida no Hospício São Pedro, a partir da segunda metade dos anos 20.

Em São Paulo, ao contrário do que ocorrera no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, a direção técnica e administrativa do hospício somente seria assumida por um psiquiatra em 1896. Franco da Rocha, que chegara alguns anos antes do Rio de Janeiro, onde obteve sua formação como estudante interno do Hospício Nacional, encontrava-se como médico assistente no então Asilo de Alienados de São Paulo, sendo, naquele ano, designado pelo presidente da província para o cargo de diretor (Fraletti, p.163.; Urquiza, 1991, p.60). Como representante da psiquiatria de seu tempo, Franco da Rocha defendia o ponto de vista de que a assistência aos doentes mentais que lá oferecia-se era incompatível com as finalidades terapêuticas que deveria possuir uma instituição psiquiátrica. Iniciou uma campanha na imprensa e articulou-se ao governo da época com o objetivo de obter a construção de um hospício nos moldes preconizados pelos alienistas europeus.

Conforme Cunha (1986), e Urquiza (1991), a reivindicação de Franco da Rocha seria atendida alguns anos depois. Inaugurado em 18 de maio de 1898, sob a direção deste alienista, o Hospício do Juquerí consistia numa obra arquitetônica devidamente planejada para favorecer a implementação dos princípios do tratamento moral. Construído a trinta e três quilômetros da capital, ocupando uma área de setenta alqueires, servida por uma estação de trens, ele possibilitava o ambicionado isolamento do doente mental e as condições adequadas para o exercício do trabalho agrícola como instrumento terapêutico.

A organização arquitetônica possibilitava controlar minuciosamente o tempo e a

distribuição dos doentes no interior do estabelecimento, favorecendo a sua total e permanente vigilância por parte do pessoal de enfermagem (Cunha, 1986). Contudo, segundo entendia Franco da Rocha, os últimos constituíam o maior entrave para que tudo funcionasse de acordo com o que fora planejado, como se vê no trecho reproduzido a seguir:

"Ainda existem outros perturbadores do socego da administração, afóra os docentes: - é a gente san que cuida deles... As pessimas condições em que nos achamos, em relação a empregados, para este ramo de serviço, constituem um tormento continuo, a ponto quasi de fazer desanimar de todo. São rarissimos os empregados que prestam, e em que se pode depositar confiança. A falta de compreensão do serviço que estão desempenhando é quasi a regra geral; sem a inspeção continua e a repetição diaria de ordens já mil vezes dadas, nada se faz, absolutamente nada. (...) Os vencimentos, actualmente, não atraem pessoas de compreensão suficiente para tal fim." (Franco da Rocha apud Cunha, 1986, p. 90)
(grafia do original)

Desta crítica contundente ao pessoal de enfermagem, pode-se depreender que nem mesmo o rígido regime disciplinar a que deveriam submeter-se no interior do hospital, conforme o regulamento, era suficiente para obter o disciplinamento e a sujeição destes indivíduos à autoridade do alienista. Todavia, como mostra Cunha (1986), ao longo de quase trinta anos de administração o diretor empreendeu uma verdadeira batalha para obter tal obediência. Sob o argumento de que o exercício da violência no interior do hospício ocorria devido às características morais daqueles indivíduos, que recorriam sem qualquer parcimônia aos métodos terapêuticos coercitivos, uma vez que, em sua maioria, não dispunham de recursos morais nem intelectuais para utilizarem-se da persuasão, Franco da Rocha propôs-se a implementar um processo sistemático de preparação de pessoal de enfermagem.

Segundo ele próprio relata (Franco da Rocha, 1912, p.54), em 1910, tomara a iniciativa de criar uma escola de enfermeiros, atribuindo ao médico Peixoto Gomide a responsabilidade por sua implementação. Este encarregou-se de seleccionar alguns alunos dentre os atendentes da seção masculina, dos quais cinco conseguiram diplomar-se.

Todavia, esta iniciativa de Franco da Rocha não foi levada a frente. Através da pesquisa documental realizada nos documentos do próprio hospital e nas publicações de decretos do período não foi encontrado nenhum registro, seja de sua criação, seja de algum

outro documento que evidencie o seu funcionamento, o que leva a pensar que, na realidade, tal escola não passou de um treinamento em serviço um pouco mais elaborado.

Apesar da efetiva introdução e implementação do tratamento moral e da sua transformação num importante centro de formação de psiquiatras, o Hospício do Juqueri chegou à segunda década deste século com problemas muito semelhantes aos dos demais estabelecimentos psiquiátricos analisados até aqui: superlotação de seus diversos pavilhões, falta de recursos financeiros, carência de pessoal médico e de enfermagem e, no caso dos últimos, uma força de trabalho sem qualificação específica para implementar o projeto psiquiátrico predominante na época.

A Assistência a Alienados de Minas Gerais foi criada somente em 1900, através da Lei nº. 290 de 16 de fevereiro de 1900, sendo o estabelecimento psiquiátrico inaugurado mais tardiamente dentre os primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil. De 1903, quando foi criada a Assistência a Alienados de Minas Gerais, até 1919, quando o Instituto Raul Soares foi inaugurado em Belo Horizonte, o Hospital de Barbacena constituiu o único estabelecimento psiquiátrico de Minas.

Do ponto de vista formal, o período compreendido entre 1900 e 1920, caracterizou-se pela sucessiva publicação de instrumentos legais que, ora alteravam as denominações do estabelecimento, ora regulamentavam seu funcionamento, na tentativa de acompanhar a crescente necessidade de ampliação dos serviços, de centralização político-administrativa e de delimitação da posição dos vários agentes na hierarquia da instituição.

Mas, em Minas Gerais nem sempre as medidas previstas em tais instrumentos eram levadas a efeito imediatamente após a sua publicação. Subordinada à Secretaria de Estado dos Negócios do Interior, de 1900 até os anos 50, apesar de criada em 1900, através da Lei nº. 290 de 16 de fevereiro de 1900, a Assistência a Alienados de Minas Gerais só passou a funcionar em 1903, quando o Hospício de Barbacena foi inaugurado e teve seu funcionamento regulamentado por meio do Decreto nº. 1579 de 21 de fevereiro de 1903. Tal decreto estabelecia que a Assistência a Alienados, com a Colônia anexa que a completava, seria destinada a receber os habitantes do estado que, por motivo de alienação mental carecessem de tratamento (Minas Gerais, 1903). O mesmo documento prescrevia que a Assistência seria equipada com um pavilhão para observação de indivíduos suspeitos de alienação, um gabinete eletroterápico e as oficinas necessárias a juízo do governo.

O decreto nº. 1579 definia os cargos a serem preenchidos no Hospício, mas, com exceção das funções do diretor, as atividades dos demais funcionários não são explicitadas. Nele, previa-se que o diretor da Assistência seria encarregado da direção científica e administrativa do estabelecimento, um escriturário, um auxiliar, um almoxarife, um farmacêutico, um porteiro e médicos auxiliares na proporção de um para cem doentes. Neste sentido, vê-se que ocorria a centralização das atividades de natureza administrativa e científica nas mãos do Diretor, inexistindo, então, a figura do Administrador, frequentemente presente nos primeiros Regulamentos dos Estabelecimentos Psiquiátricos do Rio de Janeiro e de Porto Alegre. Com isso, em seus primeiros tempos, o Hospício de Barbacena não enfrentou a dicotomia na direção da instituição, reservando-se ao diretor plenos poderes na implementação das atividades. No mesmo artigo, em seu Parágrafo único, estabelecia-se que "Além desse pessoal, o Diretor, com prévia autorização, contratará um enfermeiro e uma enfermeira - chefes, segundos enfermeiros e inspetores de enfermarias, tantos quantos necessários ao serviço e bem assim cozinheiros e serventes que forem precisos." (Minas Gerais, 1903)

No capítulo II, daquele decreto, previa-se que "O Diretor, que será um médico, e o pessoal titulado a que se refere o art. 3º. serão nomeados pelo Presidente do Estado." e "Os médicos auxiliares ou de seção serão escolhidos entre profissionais que tenham ligações com a especialidade moléstias mentais." (Minas Gerais, 1903). Portanto, a escolha do Diretor e dos funcionários da administração superior cabia ao Presidente do Estado de Minas Gerais.

A ele, como também ao Secretário do Interior era reservada a função de autorizar entradas e saídas dos doentes, principalmente quando estes se tratavam de indigentes (Minas Gerais, 1903). Assim, também em Barbacena caracteriza-se a interferência política externa ao hospital nas questões de natureza técnica referentes a admissão e alta de pacientes.

Da mesma forma que ocorrera nos Hospitais do Rio de Janeiro, em Barbacena, pelo menos nos primeiros anos de funcionamento do hospital, o diretor e os funcionários mais graduados, responsáveis pela manutenção da disciplina no espaço asilar, permaneciam durante todo tempo no interior da instituição. Tal situação propiciava-lhes, em tese, o controle sobre os demais agentes e sobre os internados. Contudo, o diretor não possuía plena autonomia financeira, devendo prestar contas ao Governo Estadual, nos casos em que havia aquisição de recursos materiais para o Hospital.

Após os primeiros trinta anos de existência, tal como ocorrera em Porto Alegre, para resolver o problema da escassez e da rotatividade de pessoal recorreu-se aos serviços de uma congregação religiosa, que passou a atuar no Hospital de Barbacena, de 1929 até o final dos anos 70.

Em Salvador, as condições criadas pelo regime republicano para que os médicos assumissem definitivamente o controle sobre o espaço asilar só se concretizariam em 1912. Ao reassumirem a direção do hospital, os alienistas viram-se obrigados a lidar com uma situação bem mais complexa do que a existente na segunda metade do século XIX. Nos vinte anos anteriores, aumentou rapidamente a superlotação do hospital, os índices de mortalidade eram altíssimos, devido as precárias condições sanitárias e a desnutrição. Os alienados continuavam sendo vitimados pela violência que predominava na relação destes com o pessoal de enfermagem e vivia-se uma grave crise financeira.

Apesar do pioneirismo que caracterizara o asilo nos seus primeiros anos e mesmo com o retorno dos alienistas a sua direção, levou-se muitos anos para que o hospital pudesse ser reorganizado e recuperasse sua propalada finalidade terapêutica.

Portanto, até as duas primeiras décadas do século XX, o tratamento médico da loucura consistiu exclusivamente no isolamento do doente mental num espaço específico, organizado com finalidades terapêuticas, o hospício. Neste sentido, tal instituição constituiu o primeiro instrumento de trabalho médico produzido pela psiquiatria com o objetivo de curar a doença mental e recuperar o doente mental para a sociedade. O hospício representava, então, um lugar delimitado espacialmente, no qual um conjunto de técnicas disciplinares fundamentadas em princípios científicos eram implementadas no sentido de conter as manifestações da loucura. Tais técnicas deveriam ser operadas pelos médicos, enfermeiros e guardas que atuavam no espaço asilar e estes agentes encontravam-se permanentemente mobilizados em torno de um processo que, segundo acreditavam, tinha por finalidade a cura da doença mental. Naquele período, os métodos de tratamento da doença mental estavam relacionadas com uma determinada concepção moral da etiologia da doença mental, embora a concepção organicista já se fizesse presente. No entanto, os procedimentos utilizados para tratá-la ainda eram os mesmos desenvolvidos pelo alienismo francês, associados aos instrumentos utilizados pela medicina geral para o tratamento das outras moléstias.

1.4. A organização da assistência psiquiátrica, a ampliação do espaço de realização das práticas e o estado do saber psiquiátrico no Brasil dos anos 20 aos anos 50.

Nas décadas de 20 e 30, observa-se uma intensa movimentação no campo da assistência psiquiátrica no país, que esteve diretamente relacionada com as transformações por que vinha passando o Estado e a sociedade brasileira no mesmo período. Num contexto histórico marcado pela intensificação da urbanização, pelo início da industrialização e pela constituição do mercado de trabalho (Mello, 1988; Silva, 1985), com a sua consequente produção de um excedente da força de trabalho; com a deterioração das condições de vida da população e com a emergência de um movimento operário fortemente organizado em torno de suas reivindicações por melhores condições de trabalho e de vida (Rago, 1985; Decca, 1992), o Estado passa a assumir um papel fundamental na gestão da questão social. Assiste-se, assim, a ampliação das instituições de saúde, o ordenamento jurídico das já existentes e a intensificação de um processo de disciplinamento e de moralização da classe trabalhadora, com o objetivo de torná-la mais produtiva e adaptada à ordem capitalista (Marques, 1992; Rago, 1985; Costa, 1989).

Neste contexto histórico, as práticas psiquiátricas tornam a ocupar uma posição importante no processo de controle e de normatização da vida da classe trabalhadora empreendido pelo Estado, pois caber-lhes-ia tanto o aprimoramento da função social de exclusão dos indivíduos que representassem uma ameaça à ordem, quanto a produção de um discurso científico que justificasse e legitimasse as intervenções estatais sobre determinados grupos sociais, tais como os trabalhadores estrangeiros, os negros e as pessoas desempregadas. (Cunha, 1986; Resende, 1987; Costa, 1989).

Assim, o referido período é marcado pela publicação de sucessivos decretos federais ou estaduais que reorganizam a assistência psiquiátrica, ora visando ampliar o número de estabelecimentos psiquiátricos, ora criando novos serviços, ora disciplinando as relações sociais entre os diferentes agentes que atuavam no interior do espaço asilar, ora organizando escolas para a formação de pessoal de enfermagem para as referidas instituições. Além disso, nas décadas de 20 e 30, assiste-se ao surgimento de uma produção científica nacional; à descentralização do processo de formação de psiquiatras, papel que até então tinha sido ocupado quase que exclusivamente pelo Hospício Nacional de Alienados; ao desenvolvimento das pesquisas anátomo-patológicas nos hospitais do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre e à introdução das terapias orgânicas nas três instituições.

Obviamente, todas estas medidas foram implementadas a um só tempo e estiveram intrinsecamente relacionadas. No entanto, para efeito de apresentação, foi necessário desmembrá-las para não prejudicar a lógica da exposição. Ressalte-se, ainda, que a reconstituição de certos aspectos que caracterizam o período baseou-se não só na discussão anteriormente realizada por outros autores, como também na análise de depoimentos coletados entre os sujeitos que participaram da presente pesquisa ¹⁸.

No período compreendido entre as décadas de 20 e 50, todos os estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro estavam subordinados ao Governo Federal. Durante a década de 20, o Hospício Nacional, as Colônias do Engenho de Dentro e de Jacarepaguá e a Escola de Enfermagem eram administradas pelo Ministério dos Negócios do Interior e Justiça, a quem estava ligada a Assistência aos Alienados.

Através do decreto-lei nº. 5148-A, de 10 de janeiro de 1927, é reorganizada a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, que cria a figura das visitadoras sanitárias, os ambulatórios de profilaxia mental e os serviços abertos, além de estabelecer que caberia exclusivamente aos psiquiatras a definição da necessidade da internação nos estabelecimentos psiquiátricos (Cunha, 1986).

Na década seguinte, em decorrência da política centralizadora adotada pelo Estado brasileiro a partir dos anos 30, os estabelecimentos psiquiátricos passaram a constituir o Departamento de Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal, subordinado ao Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o que produziu um atrelamento da assistência psiquiátrica aos órgãos de saúde pública. A partir do decreto-lei nº. 3171, de 2 de abril de 1941, os quatro estabelecimentos psiquiátricos passaram a subordinar-se ao recém criado Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Tais fatos são importantes porque a configuração de tais órgãos determinava a forma de organização político-administrativa do Hospício Nacional, das Colônias e da Escola, através de seus regulamentos e regimentos, nos quais estabelecia-se desde a forma de escolha dos diretores até as regras de funcionamento dos hospitais.

Particularmente no período que se enfoca no presente estudo, verifica-se que a organização destes serviços esteve marcada por uma extrema centralização administrativa, não só interna, mas também externa aos estabelecimentos psiquiátricos. Assim, o

¹⁸ A discussão da organização político-administrativa do Asilo de São João de Deus, que passou a ser chamado de Hospital Juliano Moreira, a partir de 1925, foi impossibilitada pela não localização dos regimentos internos referentes ao período de 20 a 50, durante a realização da pesquisa de campo.

preenchimento de todos os cargos, desde o de diretor do estabelecimento até os de funcionários de menor graduação na hierarquia do hospital, dependiam da nomeação do Presidente da República. Isto sem falar das questões orçamentárias, cuja centralização no governo federal trazia inúmeras dificuldades do ponto de vista da manutenção dos hospitais psiquiátricos naquela época.

Ao contrário dos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, os demais eram geridos pelos governos estaduais, que até os anos 30 possuíam uma certa autonomia em relação ao nível federal.

Em São Paulo, o Hospício e as Colônias do Juqueri estavam subordinados diretamente à Secretaria do Interior. Na metade dos anos 20, ele passou a chamar-se Hospital do Juqueri e recebe um novo regulamento, através do decreto nº. 3869, de 3 de julho de 1925. Neste decreto redefiniram-se as atribuições do diretor, dos médicos, dos internos, do pessoal de enfermagem e de outros trabalhadores que ali atuavam. Estabeleceu-se que o diretor deveria ser nomeado pelo Presidente do Estado.

Segundo Pacheco e Silva (1945), a partir do decreto estadual nº. 4802, de 24 de dezembro de 1930, foi criada a Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas que passou a centralizar a administração dos vários estabelecimentos que compunham o Hospital do Juqueri num único órgão, cuja direção lhe foi atribuída. A ele estavam subordinadas quatro vice-diretorias: a da clínica psiquiátrica, a do hospital central, a das colônias e a do manicômio judiciário. O último foi contemplado com um novo prédio em 1933, o que possibilitou a separação dos psicopatas que haviam cometido crimes.

Durante o período de 1930 a 1938, em que esteve na Diretoria Geral, Pacheco e Silva tratou de ampliar o número de pavilhões existentes, de dotar o hospital de laboratórios para pesquisa anatomo-patológica e de estimular a experimentação de novos métodos terapêuticos. Ainda nos anos 30, a sede da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas seria transferida para São Paulo. Além disso, nos anos 30 investiu-se na criação de hospitais psiquiátricos nas cidades do interior do estado e reformou-se o antigo recolhimento, situado nas Perdizes, criando-se dois postos de atendimento de emergência, um para cada sexo, nos bairros da Penha e das Perdizes, para desafogar o Juqueri, que já nos anos 30 contava com uma população de quatro mil internos (Pacheco e Silva, 1945).

No Rio Grande do Sul, o funcionamento e a organização político-administrativa do Hospital São Pedro passou a ser regido por um novo regulamento, aprovado pelo Decreto

nº. 3550, de 29 de dezembro de 1925 do Governo do Estado, que introduziu uma série de modificações no tocante à estruturação do estabelecimento. A partir de então, o Hospício passou a chamar-se Hospital São Pedro e as disposições de seu regulamento estenderam-se também à Colônia do Jacuí (Rio Grande do Sul, 1926), construída fora dos limites do hospital, no município de São Lourenço, distante aproximadamente noventa quilômetros de Porto Alegre (Godoy, 1952). Desde 1925, o Hospital São Pedro estava subordinado à Secretaria de Estado do Interior e Exterior e cabia ao Presidente do estado a nomeação de um psiquiatra para ocupar o cargo de diretor, a quem competia tanto a direção técnica quanto a administrativa.

No referido regulamento, previa-se que a sustentação financeira do estabelecimento deveria ocorrer mediante a contribuição dos pensionistas, a subvenção das intendenções municipais e do governo estadual e à renda do patrimônio. Isso explica o empenho da direção da época no sentido de criar recursos para a auto-sustentação do hospital, na medida em que as dotações públicas previstas no regulamento eram escassas ¹⁹. Estabeleceu-se ainda a composição do serviço técnico e administrativo, no qual incluíam-se os médicos e o pessoal de enfermagem, assim como definiam-se as atribuições das diferentes categorias profissionais e suas respectivas posições na estrutura hierárquica do hospital. Ocorre uma ampliação numérica de cargos para médicos e do pessoal de enfermagem.

Dois anos depois, o decreto nº. 3704 de 11 de novembro de 1927, extinguiu os cargos de diretor do Hospital São Pedro e do Manicômio Judiciário, ao mesmo tempo em que criou o cargo de Diretor da Assistência aos Alienados do Estado. Com este instrumento legal centralizou-se em um único órgão os três estabelecimentos psiquiátricos públicos existentes no Rio Grande do Sul, sob a direção político-administrativa de um único dirigente. Naquele ano, tal cargo foi assumido pelo psiquiatra Jacintho Godoy, que desde 1913 ocupava o cargo de diretor do Manicômio Judiciário, o que representou, pela primeira vez, a ocupação do cargo de direção dos estabelecimentos psiquiátricos do Estado por um especialista.

¹⁹ Segundo Godoy (1952), em 1929, foi realizado em Porto Alegre, o Congresso das Municipalidades, no qual o dr. Jacintho Godoy, já empossado como diretor daquele estabelecimento apresentou uma tese sobre as dotações financeiras a serem feitas pelos municípios gaúchos ao Hospital São Pedro. Uma vez que o estabelecimento recebia doentes de todo Estado, alguns dos quais oriundos de municípios que não cumpriam regularmente suas obrigações com o Hospital, o Diretor propôs que fosse regulamentada a contribuição anual de meio por cento da renda ordinária dos municípios para o Hospital São Pedro, tendo sido aprovada sua tese. Em seu último Relatório apresentado ao Secretário do Interior, em 1950, o Diretor registrou que a dotação orçamentária ao estabelecimento fôra de Cr\$ 2.699.060,00 e a despesa orçada em Cr\$ 14.952.450,00 e a despesa realizada foi de Cr\$ 14.040.828,50. Embora houvesse uma diferença de Cr\$ 911.621,50, ele esclarece que parte desta verba foi retida pelo Secretário da Fazenda.

agrícola. Com a consolidação da Colônia Agrícola de Barbacena, que transformou o hospício estatal num Hospital-Colônia, a denominação se manteve até os anos 60.

Por outro lado, tal como as demais instituições analisadas, o Hospital-Colônia de Barbacena também tinha sua sustentação financeira garantida não só pela dotação orçamentária do governo estadual, mas também pela arrecadação provinda da ala de pensionistas e da produção econômica desenvolvida no próprio Hospital, onde a força de trabalho era constituída pelos próprios internados, conforme discutir-se-á mais adiante.

Em 1937, o Hospital-Colônia foi dotado de um Regimento Interno, onde estabeleceram-se as atribuições de todos os agentes que lá atuavam.

Deste modo, nota-se que durante as décadas de 20 e 30 procurou-se aprimorar a organização político-administrativa dos hospitais psiquiátricos, cujas bases já haviam sido lançadas nas décadas anteriores. Contudo, o aspecto que mais chama a atenção neste período são as sucessivas tentativas de disciplinar as relações de trabalho no interior do espaço asilar e, ao mesmo tempo, de garantir formalmente a subordinação do conjunto dos trabalhadores aos diretores dos estabelecimentos psiquiátricos, através dos regulamentos e dos regimentos internos. Provavelmente, a delimitação detalhada das atribuições tinha por objetivo eliminar conflitos gerados pela indefinição precisa dos limites de atuação dos funcionários do hospital e assegurar um maior controle sobre seu trabalho por parte da direção.

No Brasil, até a segunda década do século XX, o hospício consistia predominantemente num espaço privilegiado para o conhecimento e a observação sistemática do alienado, para a elaboração das nosografias psiquiátricas (Uchôa, 1981) e para o emprego e experimentação de métodos terapêuticos, na maioria das vezes comuns à clínica médica, que constituíam um dos elementos do tratamento psiquiátrico (Urquiza, 1992).

Através da ainda incipiente organização da vida asilar e dos métodos terapêuticos correspondentes ao tratamento moral, da concentração do poder nas mãos dos alienistas e da subordinação dos agentes que atuavam no interior do espaço asilar, a transformação dos hospitais em instrumento terapêutico representou também a constituição de um espaço de produção do saber psiquiátrico e de formação de especialistas.

Sob forte influência da psiquiatria européia, o começo do século marca o início de uma produção científica nacional sobre a doença mental e suas formas de tratamento,

desenvolvida exclusivamente no interior dos estabelecimentos psiquiátricos, com o grupo de médicos que acompanhava Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e Franco da Rocha, em São Paulo. Como mostra a literatura publicada nos "Arquivos Brasileiros de Higiene Mental" e nos "Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria", no período compreendido entre 1919 a 1946, os psiquiatras brasileiros acompanharam e absorveram as modificações introduzidas no desenvolvimento do saber psiquiátrico europeu do início do século, no tocante à identificação da etiologia das doenças mentais, aos diagnósticos e suas formas de tratamento.

Deste modo, paralelamente ao aprimoramento dos diagnósticos psiquiátricos - baseados na observação dos comportamentos dos doentes- Juliano Moreira inicia o desenvolvimento de pesquisas anatomopatológicas (Roxo, 1944) no Hospício Nacional de Alienados, à procura de lesões morfológicas que confirmassem a etiologia orgânica das doenças nervosas.

No mesmo período, assiste-se à divulgação de resultados de investigações científicas que tomavam a paralisia geral progressiva, manifestação decorrente do estágio terciário da sífilis, como protótipo das patologias mentais de origem orgânica que tinham por sede o cérebro humano. Destas pesquisas resulta o aparecimento da primeira terapia de choque para o tratamento de doenças mentais, a malarioterapia. Criada por Wagner von Jauregg, em 1917, a malarioterapia era utilizada para tratar psicóticos que apresentavam a paralisia geral e consistia na produção de convulsões decorrentes da inoculação no sangue do psicótico de uma forma benigna do *Plasmodium*, provocando o aparecimento da febre malárica. Segundo pensavam, as convulsões provocavam a remissão de sintomas psicóticos (Ey, 198-). Mas a malarioterapia caiu em desuso, sendo substituída por outros tratamentos de choque tais como a insulino-terapia, a terapia de choque por cardiazol e o eletrochoque. A primeira foi criada por Manfred Sakel, em 1927, quando empregou insulina para tratar psicóticos, pois observou que a administração de altas taxas de insulina produzia uma diminuição dos estados de agitação e hiperatividade. Passou, então, a produzir coma insulínico em pacientes excitados, principalmente esquizofrênicos, conseguindo diminuir seu grau de excitação após a aplicação dos choques. Muitas vezes era necessário realizar diversas sessões, e os resultados favoráveis ao tratamento só eram obtidos depois de trinta a cinquenta horas de coma insulínico (Alexander, Selesnick, 1980). No início dos anos 30, foram criadas a cardiazolterapia por Meduna, em 1934, e a eletroconvulsoterapia por Cerletti e Bini, em 1938. Ambas consistiam respectivamente na produção química e elétrica de convulsões

aplicadas preferencialmente em pacientes esquizofrênicos (Kaplan, Sadock, 1990; Alexander, Selesnick, 1980; Arruda, 1944).

Todavia, tanto a malarioterapia, quanto as demais terapias de choque só seriam introduzidas nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro no início dos anos 30. Até então, o isolamento do doente, a utilização de quartos-fortes, a hidroterapia, a laborterapia, a administração de brometo de potássio, ópio e até fórmulas de fitoterápicos extraídos de plantas nacionais eram os métodos terapêuticos mais utilizados nos hospitais cariocas. Embora os mecanismos de ação destes medicamentos não sejam explicados nos artigos científicos, suas indicações eram amplas, pois eram utilizados na maioria das doenças classificadas. A hidroterapia tinha uma indicação bem definida: era empregada nos casos de agitação e, na maioria das vezes, a opção por este tratamento ficava a cargo do pessoal de enfermagem. A laborterapia era indicada com mais frequência para os doentes crônicos, internados nas Colônias, provavelmente porque não havia um espaço adequado para esta atividade no Hospício Nacional. Cabe ressaltar que a execução destes métodos era atribuída ao pessoal de enfermagem.

De todo modo, da segunda metade do século XIX até as duas primeiras décadas do século XX, o Hospício Nacional de Alienados constituiu-se praticamente no principal centro de produção teórica e de formação dos psiquiatras brasileiros. Contudo, pensa-se que a posição assumida por este estabelecimento não se deveu à inexistência de uma produção científica nas demais instituições psiquiátricas existentes na época, mas sim a sua localização na então capital da república.

Neste sentido, embora ainda não representasse um meio para o qual convergissem médicos de outros estados brasileiros em busca de formação específica em psiquiatria, desde o início do século XX, o Hospital do Juqueri, sob a direção de Franco da Rocha, caracterizou-se como um importante campo de produção de conhecimento psiquiátrico no país e de formação dos primeiros alienistas paulistas, conforme já demonstraram Cunha (1986), e Urquiza (1991). Todavia, segundo depreende-se destes estudos, o estágio do saber psiquiátrico - tanto ao nível do aprimoramento dos diagnósticos e da identificação da etiologia das moléstias mentais, quanto ao nível dos métodos terapêuticos empregados - no referido hospital praticamente não diferia do encontrado nos estabelecimentos do Rio de Janeiro.

No entanto, a partir da segunda metade dos anos 20, além da preocupação com a organização do espaço asilar e com a ampliação da capacidade de atendimento dos

estabelecimentos psiquiátricos, os alienistas brasileiros voltaram sua atenção para a pesquisa da etiologia das doenças mentais e dos métodos terapêuticos somáticos, aproximando-se definitivamente da Psiquiatria Organicista, ou científica como preferem alguns autores (Resende, 1990).

É importante ressaltar que, na prática, isso não significou a substituição ou o abandono do tratamento moral (Resende, 1990) no interior dos hospitais, mas representou uma tentativa de dotar de maior eficácia terapêutica as práticas psiquiátricas, reaproximando-as da medicina geral.

Nesta direção, assim como já vinha ocorrendo nos estabelecimentos cariocas desde a primeira década deste século, os hospitais de São Paulo e Porto Alegre organizaram seus laboratórios e passaram também a desenvolver pesquisas anátomo-patológicas.

Ao assumir a direção do Hospital do Juqueri em 1923, Antônio Carlos Pacheco e Silva concluiu a organização do laboratório de biologia e anatomia patológica e contratou um anatomopatologista europeu, Constantin Tretiakoff, para formar especialistas nesta área e iniciar as primeiras investigações. No ano seguinte, inicia-se a publicação do periódico "Memórias do Hospital do Juqueri" (Pacheco e Silva, 1945). Em seguida, ele procura estimular a formação de psiquiatras no próprio hospital, mediante a criação de um internato para sextoanistas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Este período é relatado da seguinte forma por um dos médicos do hospital, que realizou seu internato naquela instituição em 1929:

"O Pacheco e Silva criou o internato para estudantes de medicina no Juqueri. Porque o Pacheco e Silva era um grande administrador, como administrador era perfeito. Ele achou que era a única maneira de atrair gente para se tornar psiquiatras. E praticamente os estudantes internos que estavam lá, com raras exceções, continuavam depois fazendo a especialidade. Na minha época (1929), por exemplo, tinha o Júlio Silva, que depois também veio para São Paulo; tinha o Bierrembach, que depois foi para Campinas; o Giácomo, como psiquiatra; o Toledo, que foi para Ribeirão Preto, também como psiquiatra; Anibal da Silveira. Então, nós fomos, primeiro, estudantes internos. Fomos para o Juqueri levados pela imposição da crise de 29. Mas foi bom, porque, afinal de contas, o hospital começou a formar psiquiatras também. Depois, a minha turma, a gente fazia o quinto e o sexto ano. Eram os dois últimos anos da escola que os estudantes ficavam lá. Depois, da minha turma muitos se sobressairam, formaram-se em primeiro lugar. E logo depois, houve uma reforma muito grande, depois da Revolução de 30.

Então, todos nós, que éramos daquela turma, fomos aproveitados e continuamos trabalhando no Hospital do Juqueri, como médicos, já como psiquiatras. E inúmeros outros... Foi a maneira que se encontrou para formar um número muito grande de psiquiatras. Cada dois anos, pelo menos quatro ou cinco psiquiatras eram formados. De modo que, a finalidade pela qual foi criado o internato no Juqueri, realmente funcionou (ênfase). Atualmente, não sei se continuam indo estudantes para lá. Eu me aposentei do Hospital do Juqueri em 1958... (...) Cada colônia dessas tinha o seu médico psiquiatra todos os dias, porque eles não dormiam lá. Mas na época em que fui para lá, um determinado número de médicos faziam lá a residência rural e outros eram chamados alienistas, porque se sediavam em São Paulo e iam para lá todos os dias. Mas as colônias tinham também os médicos, tanto os alienistas quanto os residentes em psiquiatria rural, que eram psiquiatras. Junto ao hospital central haviam as clínicas. Então, havia o oftalmologista, o otorrino, o cirurgião, o ginecologista. Estava começando o Raio X, tínhamos uma seção de fisioterapia. Esses não eram psiquiatras. Eram clínicos. (...) Havia também o laboratório de anatomia patológica, que foi organizado por Tretiakoff. Ele veio, organizou o laboratório e depois, quando ele saiu, vieram outros anatomopatologistas. Veio até um russo, que trabalhava na América do Norte. Mas depois esteve lá o Mafei, até pouco tempo ele permaneceu lá. Ele organizou também aquilo tudo (os laboratórios); O Osório Pinto César também, até foi ele que criou um museu de artes dentro do hospital. Foi o Osório que fez isso. Ele era alienista. "

E- Em que época esse museu foi criado ?

"Isso deve ter sido entre a década de 30 e 40. O Osório criou isso. Além de alienista, ele era artista. Tocava violino, inclusive era concertista. Então ele cuidava mais desta parte de artes, e esses laboratórios que existiam lá, também o museu de psiquiatria foi criado pelo Mafei, que era da minha turma. O Peres fez muitos estudos sobre epilepsia, criou uma doutrina de tratamento. Então, o hospital funcionava assim. (...) Eu me lembro, por exemplo, de que quando apareceu a insulinoterapia, o primeiro pavilhão foi transformado num pavilhão de tratamento. Eu tomei conta daquilo durante muito tempo. Tínhamos lá um fichário de mais ou menos duas mil fichas de esquizofrênicos que foram tratados com insulinoterapia. E eu trabalhei durante uns cinco ou seis anos só neste pavilhão de tratamento de esquizofrênicos, mas quando eu fui para lá não havia nada disso. E com o advento da insulinoterapia, em primeiro lugar, do cardiazol, ou método de Sakel, que esteve também no Hospital do Juqueri, depois o Cerletti, que também esteve no hospital - foi no tempo do Armando Salles, que eles estiveram lá e eu tive um contato

grande com eles - então vieram, primeiro o tratamento com o cardiazol, depois o eletrochoque, que veio substituí-lo, depois então a insulino-terapia. Depois, então, nós nos dividimos, porque a eletrochoqueterapia era mais indicada nos casos de depressão - e, digam o que disserem, o eletrochoque chegou a ser considerado um tratamento muito bom, porque numa depressão em que não se sentia coisa nenhuma, que naquela época bastante gente era levada a uma depressão crônica, com o eletrochoque mudou completamente. Agora, o que aconteceu é que começaram a fazer eletrochoque em pacientes de todos os tipos, essas coisas todas... E a insulino-terapia, o método de Sakel, na minha opinião deveria ser feito até hoje. Apesar de que a coisa se transformou enormemente com os tratamentos de que se dispõe hoje. Inclusive aquele doente que a gente conhecia antigamente não existe mais. Não existe porque é tratado imediatamente e com alguma coisa que funciona. Hoje, se um paciente esquizofrênico for tratado precocemente, este doente remite numa grande porcentagem muito grande. Mas quando ele cronifica, cronifica de uma maneira diferente, porque ele não demencia. Então, desde que assistido, ele pode ter uma vida social relativamente boa. Coisa que não existia naquele tempo. O nosso doente demenciava, era uma demência total, inutilizava o indivíduo. Havia o primeiro pavilhão, que naquela época era chamado o pavilhão dos sujos. Então era o pavilhão que exigia que todo o dia de manhã cedo tinha que ir lá; um funcionário estava lá o tempo todo, recolhendo papel higiênico, porque os pacientes faziam tudo no chão. Coisa que hoje ninguém sabe o que é isso. Então, esse quarto pavilhão era destinado a esses pacientes, que levavam uma vida vegetativa. Puramente vegetativa, mas naquele tempo, não eram os processos orgânicos que levavam a esse estado. Era a demência precoce. Você pegava um garoto brilhante na escola, com a idade de quatorze ou quinze anos. De repente começava a doença e depois de seis meses ele estava totalmente demente. Coisa que hoje não acontece mais. Então, naquele tempo, fazia-se o que era possível fazer: música, trabalho, recreação, esporte, havia um campo de futebol na frente do hospital central - que deve existir até hoje; eu ajudei a fazer aquilo - onde os pacientes jogavam. E era muito engraçado, porque quando nós (médicos) jogávamos sempre havia briga e quando eles jogavam não havia." (Dr.H.M., p.2-8).

Enquanto isso, em Porto Alegre, Jacintho Godoy assumiu a direção do Hospital São Pedro, em 1927, e iniciou a compra de equipamentos e a construção de novos laboratórios para a realização de pesquisas anatomopatológicas e de análises clínicas que possibilitariam aperfeiçoar a realização de diagnósticos (Godoy, 1952). Além disso, o diretor intensificou o intercâmbio cultural com instituições psiquiátricas européias, sobretudo francesas - onde ele

próprio obtivera sua formação -, e com os estabelecimentos de São Paulo e do Rio de Janeiro, que ainda nesta época era o principal centro de formação dos alienistas gaúchos (Souza, 1942, p. 76-80). Somente no final dos anos 20, o Hospital São Pedro passou a ser efetivamente utilizado como campo de ensino de Clínica Psiquiátrica, propiciando a formação local de especialistas (Souza, 1942.).

Enquanto no Juqueri intensificava-se a produção de trabalhos científicos (Pacheco e Silva, 1945), já desenvolvida desde a administração de Franco da Rocha, no Hospital São Pedro a mesma foi recém iniciada. Neste sentido, tal como fazia Pacheco e Silva em São Paulo, no período de 1927 a 1932, Godoy procurou estimular a produção de trabalhos científicos pelos médicos que atuavam no Hospital. Destes, três defenderam teses de doutoramento, que resultaram de pesquisas desenvolvidas no interior do próprio São Pedro, o que assegurou um reconhecimento internacional não só dos autores, mas sobretudo do próprio hospital como campo de pesquisas em neuropsiquiatria (Godoy, 1952, p.121-9). Entretanto, com a interrupção da administração de Godoy, que fora afastado da direção no período de 1932 a 1938 por razões de ordem política, ligadas ao movimento constitucionalista, a produção científica no interior do Hospital São Pedro passou por um momento de descenso. Assim como o estímulo ao aperfeiçoamento de seus psiquiatras, a criação de condições materiais para a realização de pesquisas não tiveram continuidade

Todavia, tanto os trabalhos produzidos no Juqueri, quanto os do São Pedro evidenciam uma grande preocupação com a investigação de diagnósticos e de novos métodos terapêuticos recém descobertos na Europa, como por exemplo a malarioterapia, o uso de certas drogas e a discussão dos diagnósticos de esquizofrenia, demência precoce, dentre outras (Pacheco e Silva, 1945; Godoy, 1952).

Mais tarde, principalmente a partir do final dos anos 30, tal situação sofreu algumas modificações. O intercâmbio com outras instituições psiquiátricas adquiriu novos contornos, na medida em que, os médicos recém formados, que mais tarde tornar-se-iam psiquiatras do Hospital, passaram a procurar cursos de especialização em instituições do Rio de Janeiro, com o objetivo de sanar as deficiências que identificavam em sua própria formação psiquiátrica. Segundo um deles contou:

"Havia uma fantasia minha desde muito jovem, até antes de entrar na Faculdade, de estudar psiquiatria. Porém, um problema muito grave é que antigamente a psiquiatria não existia aqui como existia no Brasil, ou na América do Sul. E depois, quando entrei, aliás, antes de entrar na Faculdade, eu e mais dois amigos, Mário Alvarez Martins, que

depois veio a ser o Fundador da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre, e colaborei naturalmente com isso. Sou ex-fundador. Mas, ele foi o primeiro analista formado do Brasil. Ele se formou em Buenos Aires. Ele foi em 1944 e eu fui em 47. Para essas coisas eu era menos arrojado naquele tempo, e hoje eu sou mais exigente. E o outro colega que eu quero me referir, que era antes de entrar para a Faculdade, prestamos vestibular juntos, é o Lino de Mello e Silva. Também veio a ser psicanalista depois e, desde que se formou em 33, que foi o ano que nos formamos os três, ele foi para o Rio de Janeiro e lá fez psicanálise toda a vida. Já é falecido. Mas, nós começamos por volta dos dezoito, dezenove anos - estávamos entrando na Faculdade, vinte - a pescar que havia livros de psicanálise no Brasil. Porto Carrero, do Rocha, e outros mais... Porto Carrero era o principal. E, também algumas traduções do Freud, nos volumes da famosa tradução do Lopes Ballesteros, que já começavam a aparecer nas livrarias daqui, e algumas em francês. Bem, logo que entramos para a Faculdade, nós três, o Lino, o Mário e eu, sempre que podíamos, dávamos um pulo até o Hospital São Pedro. O que era uma coisa completamente fora de órbita, alunos do primeiro ano da Faculdade indo lá, assistir... até aulas nos assistíamos (ênfase). As poucas aulas que se davam. Aulas do sexto ano, não é? Aquilo era muito estranho (ênfase). Quer dizer, eu apenas lhe conto isto para indicar o interesse que nós tínhamos. E da nossa turma, esta turma de 33, saíram três psiquiatras que foram se transformar em psicanalistas. O Mário, o Lino e eu. De forma que também o marco referencial está aí, não é? Terminamos o curso de Medicina, em 33, da psiquiatria não sabíamos nada a não ser um pouco do que nós aprendemos pelas nossas leituras, não é? E que eram mais de psicanálise. E cada um foi para o seu lado. Eu fui para a minha terra natal, o Mário para a dele e o Lino foi para o Rio de Janeiro. Nós fazíamos de tudo o que se fazia na época, não é. Hoje em dia tem residência (ênfase), enfim, estes jovens médicos, não todos, nem todos conseguem entrar, mas os mais esforçados do grupo, eles conseguem entrar para a residência e já se encaminham para certas especialidades. Naquele tempo não havia nada disso. Então, a gente fazia de tudo, desde o braço quebrado até o parto, com fórceps, pediatria, etc., etc. Nas cidades do interior, como não tinham recursos públicos nenhum, não haviam postos de higiene, postos de saúde pública, então, havia, a prefeitura tinha médico, o médico da prefeitura. Mas na realidade, todos os médicos, quatro, cinco, seis médicos da cidadezinha eram os que davam assistência à população. A imensa maioria era de pessoas pobres, que eram atendidas gratuitamente, havia uma porcentagem pequena de pessoas que pagavam, faziam crédito, com o dinheiro, com o trabalho, etc. Faziam contas, certa ou errada esses chegavam a enriquecer. E a maioria ficava na mediocridade monetária, não é. Mas eu fui para Quaraí e fiquei três anos lá. No ano de 34, 35 e 37. Isto

está contado em um livro de memórias meu que saiu há pouco. Eu vou ver se tenho algum exemplar aí para te dar. Se chama Para Início de Conversa, talvez te dê uma dica, pode te dar alguns subsídios, tá ? E de lá, eu fui, em 1937, portanto fazia três anos, direto para o Rio de Janeiro estudar neurologia. E, tanto quanto possível psiquiatria, porque neurologia a gente sabia que existia um serviço excelente que era o do professor Antônio Austragésilo. Era famoso em toda a América Latina. E psiquiatria, a não ser o Henrique Roxo, que não sabia nada de psiquiatria e, insisto, eu andava catando alguma coisa por lá, assisti como assistente dele umas duas ou três aulas. Bom. Mas, neurologia sim. Eu ia com bastante, em 37, eu tenho até um atestado de frequência ao serviço. Um atestado em gótico(ênfase), bonito...Porque naquela época todos nós éramos neuropsiquiatras. Neurologistas e psiquiatras, não é ? Levou um tempo até que se separassem as duas especialidades. Na verdade sabia-se muito pouco de um e de outro. De neurologia, até que haviam alguns que conheciam bem. Eu sei que, aprendemos, depois, no ano seguinte, em 38, eu estagiei no São Pedro, que abriu um concurso, logo depois do Golpe do Estado Novo, que foi em novembro de 1937." (Dr. C. M., p.2)

Nota-se, portanto, a importância da psiquiatria do Rio de Janeiro e a influência que esta exercia sobre os profissionais do Rio Grande do Sul nos anos 30. Além do mais, vê-se que a falta de limites precisos entre a neurologia e a psiquiatria eram um traço marcante naquele período, caracterizando um determinado estágio em que se encontrava o saber psiquiátrico. Em outras palavras, do que se pode apreender do depoimento, tratava-se de um momento em que não havia ainda uma separação entre a neurologia e a psiquiatria, havendo, inclusive, uma supremacia da primeira em relação à segunda pelo fato de que possuía, a época, um corpo de conhecimentos sobre as doenças mentais bem mais estruturado e sistematizado, dentro dos padrões considerados científicos naquele período. Ao passo que, a psiquiatria carecia de um objeto próprio, que pudesse desvincilhar-se da neurologia e explicar as doenças mentais exclusivamente como alterações do psiquismo, não necessariamente de natureza orgânica. De todo modo, como ver-se-á adiante, a busca de formas de tratamento que resolvessem o sofrimento mental, através de intervenções terapêuticas a nível do psíquico, constituiu um movimento importante entre os psiquiatras do São Pedro, nas décadas seguintes.

As diferenças tênues entre psiquiatras e neurologistas apareciam fortemente entre os primeiros e os clínicos que atuavam no Hospital São Pedro. A tentativa sugerida acima de separar aspectos somáticos de psíquicos parece ter sido uma atitude que transcendia alguns indivíduos em particular, sendo mesmo uma abordagem coletiva nos anos 40, como se

mostrará mais adiante. Entretanto, um pouco antes, até que aquela atitude se transformasse em uma posição mais clara, assistia-se ao surgimento das terapias biológicas, cuja aceitação deu-se até mesmo entre os que depois tornaram-se seus críticos. Este momento, porque passou a psiquiatria do Hospital São Pedro no início dos anos 40, é recordado por um ex-clínico daquele estabelecimento da seguinte forma:

"O que eu encontrei na psiquiatria? Na Faculdade o professor titular era o professor Luiz Guedes, cujo filho, o Paulo Guedes foi um homem com formação analítica e que tinha... Era daqueles que reservava uma ou duas horas por dia para receber doentes e simplesmente dizer: 'Tome tal remédio. É preciso que se interne ou você precisa ser analisada'. Mas, este primeiro contato, o Paulo Guedes era uma das poucas pessoas que fazia. O Mário, por exemplo, era meu fraternal amigo, o Cyro também se dava muito bem comigo, mas eles não aceitavam este tipo de coisa. Se precisa analisar, vai ser analisado e, se não precisa analisar não temos tempo no cronograma para lhe atender. Isto nos criava problemas... O Luiz Guedes não tinha nenhuma formação analítica. Não sei exatamente qual a formação dele. Talvez em algum livro você possa encontrar alguma referência. E de qualquer modo, ele não tinha mais nenhuma ligação com o Hospital São Pedro, apenas a cátedra. Ele era catedrático, de que eram assistentes o Dr. Décio, o Dr. Murillo de Azevedo. Ele dava algumas aulas de psiquiatria lá no Hospital. Mas, os assistentes também tinham a posição de médicos do Hospital. Naquele momento, a psiquiatria estava passando por um grande movimento que, não estranhe a maneira de expressar do internista, que também fazia com que os psiquiatras comesçassem a tomar uma atitude, de certo modo a falar numa linguagem mais próxima a nossa. É claro que os psiquiatras faziam alguma coisa e tratavam de alguma maneira outra. Mas, eu confesso-lhe que a gente não tinha muita idéia do que que um psiquiatra fazia de efetivo. Era um grupo a parte. Mas, nesse período, nós estávamos tendo, aqui, em Porto Alegre, no período de 40 a 44, e já um ano antes, 1939, nós estávamos tendo a repercussão dos recursos terapêuticos que tinham brotado." (Dr. R. M., p. 8) (grifo nosso)

Em 1938, com o retorno de Godoy à direção do hospital, foi realizado um concurso público para ocupar as vagas deixadas pelos antigos psiquiatras, cuja organização foi compartilhada com a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Pelas características que assumiu, este concurso possibilitou o ingresso de profissionais qualificados, que ao longo de sua permanência no estabelecimento contribuíram para o crescimento do saber psiquiátrico no Hospital, através de sua participação na introdução de novas modalidades terapêuticas,

como as psicoterapias de orientação analítica, e na formação de especialistas, como mostraram dois entrevistados em seus depoimentos que serão expostos a seguir:

"No começo do ano de 38, voltou à Direção do Hospital São Pedro o Dr. Jacintho Godoy. E como obra importante dele, ele achou que deveria abrir concurso para os cargos de psiquiatra que estavam vagos. Eu lembro que assim que começou. E fez um concurso que marcou época, que foi no estilo de docência. Foi a Faculdade de Medicina que organizou o programa. O Dr. , que era o Presidente da Banca, o professor Fábio Barros, que era um catedrático de neurologia (risos), que era membro da banca, e o outro era o professor Celestino Prunes, que era catedrático de Medicina Legal. Esta era a Banca. Os candidatos, haviam quatro vagas. E quatro candidatos: o Mário Martins, o Luiz Ciulla, o Vitor Brito Velho e eu. De maneira que nós estudamos bastante. Não foi de graça, não é, a conquista do lugar. Haviam quatro vagas e nós éramos quatro candidatos. Mas, durante meses e meses, nós frequentamos todas as manhãs os pavilhões do Hospital São Pedro. Nosso orientador era o professor Décio de Sousa. Que depois veio a ser catedrático e depois psicanalista importante no Rio de Janeiro, onde se formariam ele e José Lino. Infelizmente morreu cedo, mas nos ajudou muito. Bem, quando entramos para o São Pedro uma das iniciativas brilhantes que houve do grupo, graças a entrada do sangue novo, e de alguns outros que já existiam lá, como o Luiz Ciulla, o Dionélio Machado, que era psiquiatra do São Pedro, o Décio de Sousa, que era o catedrático interino da cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade e uns poucos mais como o Murillo da Silveira, fundamos então a Sociedade de Neuropsiquiatria e Medicina Legal, digo, de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, tendo como Presidente o Dr. (Jacintho) Godoy. Os médicos do São Pedro, tidos como psiquiatras eram considerados como membros natos desta sociedade e os neurologistas, não é? foram convidados também a participar. E alguns psiquiatras que não eram do São Pedro, sempre havia algum outro colega: também foram convidados a participar dessa Sociedade. A Sociedade se reunia mensalmente, no próprio Hospital, (...)" (Dr. C. M., p. 3-5)

Ainda nos anos 30, as terapias de choque, como a cardiazolterapia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia foram adotadas no Hospital São Pedro, embora a utilização das duas últimas tenha ganhado maior incremento na década seguinte (Godoy, 1952).

O contexto em que se deu a introdução das diferentes terapias no Hospital São Pedro, no início dos anos 40 é descrito por um dos entrevistados, que atuou como médico interno. Em primeiro lugar, ele discorre sobre as aplicações de insulino-terapia, reiniciadas naquele

período, ainda que com poucos recursos materiais e sem um maior controle de sua ação, assim como sobre o emprego do cardiazol. Segundo relatou:

"Em primeiro lugar, se a minha cronologia não está errada, foi o problema da insulina. Então a insulinoterapia, o choque insulínico, para nós, foi curiosíssimo. Eu fazia a parte clínica da insulinoterapia (ênfase). Então, eu vi pessoas com sete unidades, já fazerem manifestações hipoglicêmicas e eu vi um preto, com trezentas unidades, sem entrar em coma insulínico, porque o resultado era o coma, não sei se tu sabes. De modo que era uma coisa muito variada. Bom, pouco depois, então nós,..., aparece o problema do cardiazol (ênfase). E a cardiazolterapia, além de que mexia com alguma coisa que, não sei, dentro de minha especialidade, coramina, cardiazol, eram nomes de analépticos, mas compostos, mexiam com o fígado, mas nunca com alguma coisa de coração. Mas estas drogas eram, não é...Então, em relação ao cardiazol havia o problema daquela tremenda angústia, desencadeada pela injeção de cardiazol, uma agitação. E não era raro. Eu, estando na minha enfermaria, que era enorme, com quarenta e oito leitos - um trabalho terrível (ênfase). Mas eu estar trabalhando e de repente vinha um doente correndo e atrás dele dois ou três ou quatro enfermeiros, que conseguiam apanhá-lo e jogá-lo sobre a cama. E aquele que estava com a injeção de cardiazol, o apanhavam, arranjavam o braço e faziam a injeção. E o doente protestando, etc. e, ele tinha, então a crise de convulsão. Bom, mas já era então uma segunda tentativa (no tratamento das doenças mentais)." (Dr. R. M., p. 8)

Em seguida, um terceiro recurso terapêutico utilizado no tratamento das doenças mentais no Hospital São Pedro foi a eletroconvulsoterapia. Para realizá-las, no próprio Hospital foi criado um aparelho que desencadeava as convulsões, inspirado na aparelhagem utilizada por Cerletti, como conta o entrevistado:

"Bom, em 39, creio, o Cerletti tinha começado a convulsoterapia elétrica lá na Itália e o dr. Murilo da Silveira, que era docente de neurologia, com um técnico de uma dessas casas de aparelhos paramédicos, engendrou uma maquinazinha para fazer a convulsoterapia. E eu tive a oportunidade de ver os primeiros casos e de acompanhar depois, durante poucos anos. Porque também eles vinham a mim. Eu trabalhava na Divisão de homens indigentes. Nós éramos divididos (nos pavilhões), em homens indigentes, mulheres indigentes e doentes privados. E o Dr. Leonidas Escobar tratava das mulheres, eu dos homens, e um outro colega tratava dos pacientes privados e, na verdade depois ali tem outros nomes de internistas, mas tirando o Dr. Louzada, os outros eram pessoas aposentadas ou que não tinham muita atividade. Mas o grosso era na parte de

homens, de indigentes. E eu tinha que examiná-los previamente, fazendo o que se chamava ficha somática (ênfase), - dividida bem claramente a coisa, não é? O que era somático e o que era psíquico - . O diabo é que o psíquico era tratado por uma legião de gente, e gente boa, que perguntava coisas, que queria saber e que se movimentava, e eu tinha que fazer sozinho a parte somática, que não era pequena. Mas então, eu também tinha que dizer se havia uma contra-indicação para a aplicação do método. Bom, a convulsoterapia elétrica, nós tivemos casos de fraturas, tivemos aquelas coisas habituais, sobretudo que, como acontece em certos métodos terapêuticos, ainda não estava se sabendo muito bem como iria ser a frequência, enfim, estava faltando um pouco. Mas, nunca teve, que eu recorde, um acidente fatal ou algo que criasse outros problemas. " (Dr. R. M., p. 9)

Observa-se que, tal como ocorria nas instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, também no Hospital São Pedro a eletroconvulsoterapia era utilizada sem que se conhecesse rigorosamente sua ação. Todavia, vê-se no depoimento que havia uma preocupação em realizar uma avaliação clínica prévia às aplicações. Por outro lado, conforme mostrar-se-á, com o tempo o chamado eletrochoque passou a ser aplicado pelo pessoal de enfermagem, sem que, às vezes, aquela avaliação fosse realizada por um médico.

Na falta dos psicofármacos, que só seriam empregados em larga escala praticamente três décadas depois, outro recurso terapêutico empregado em Porto Alegre, que não aparece nos depoimentos fornecidos por informantes de outros estabelecimentos psiquiátricos entrevistados, era o forno de Kettering. Conforme depoimento:

"De modo que as coisas eram já perspectivas do nosso sistema de agir, fazer uma injeção disto ou daquilo, fazer uma injeção de insulina para provocar um coma, ou fazer cardiazol para fazer uma convulsão de tipo terapêutico. Ou, tratar com determinado tipo de arsenical. Havia também o problema da malária e o setor de malarioterapia era cuidado pelos psiquiatras, mas eu dava alguma palavra nas complicações. E um... o Kettering, que foi um grande líder dentro da General Eletric, Charles Kettering, havia construído uma espécie de forno. Já viu um aparelho daqueles.. o chamado fogão de aço? Para deitar o paciente, não sei se na sua época, alguma vez viu o aparelho? (...) Bom, então digamos assim, é como se fosse um, quase eu lhe diria assim, um esquife. Porque a pessoa fica, ficava de todo o comprimento dentro do aparelho e apenas a cabeça de fora em um colarinho de goma que vedava, sem apertar, mas que permitia que a parte central ficasse, então, como se desejasse. E, mediante uma aplicação elétrica, se provocava, não era exatamente que elevasse a temperatura da pessoa, um choque ou

qualquer coisa assim. Mas era o que ele chamava de inductoterapia. Era uma indução eletromagnética, que elevava a temperatura da pessoa, que era tomada pelo método bucal, e permitia desta forma fazer o tratamento não só da paralisia, da sífilis nervosa de uma maneira geral, então ela substituiu. Em lugar do problema da própria malária, cuja única vantagem, era obviamente que dava uma crise de febre, se fazia a hipertermia através desta inductoterapia elétrica do tal de Kettering. E também, teve depois outras pequenas indicações, por exemplo, descobriram que o gonococo era muito sensível a elevações de temperatura e que colocando um indivíduo e elevando a temperatura a 40 graus se conseguia liquidar com o gonococo. (Dr. R.M., p. 10)

Uma alternativa aos tratamentos anteriores para a paralisia geral eram as terapêuticas químicas com arsenicais, que anos depois foram substituídos inicialmente pelas sulfamidas e, depois, pela penicilina, conforme relata abaixo o entrevistado:

"A questão da sífilis, que era a sífilis nervosa, paralisia geral, ataques, etc. e que eram, de novo, coisas de muita importância, nós estávamos habituados a enfrentar a sífilis já então com o Neosalvarsan, o 914, que era um arsenical trivalente, e lá no Hospital eu vi que havia uma preferência pelo pentavalente, o chamado Arsaminol, na época, que se considerava (ênfase) que era menos tóxico, franqueava melhor a barreira hemo-lipótica, enfim... Mas, não muito tempo depois, contemporaneamente, foram surgindo as sulfamidas. Então, já em 35 surgiu a primeira, na Alemanha, e depois disso foram surgindo as outras, de modo que, rapidamente, veio a sulfapiridina e o gardenal, que era ótimo no tratamento das hemorragias (sic), segundo os colegas da especialidade nos referiam e para nós era ótimo porque era a primeira coisa que nós tínhamos de bom em matéria de pneumonia, era uma coisa milagrosa, que o pessoal lá do... Fui eu quem introduziu o gardenal lá. E eles estavam habituados a ver o pneumônico, e era chamado na época pela Medicina de febres cíclicas. Que tinham um começo, depois um período de estagno e depois uma terminação. A pneumonia um começo súbito, um estágio e uma terminação abrupta. Enquanto que a febre tifóide subia lentamente por uma ou duas semanas, se prolongava por um estágio de algumas semanas - chegava a dois meses - e depois ia aos poucos decrescendo. De modo que, como lhe digo, foi uma beleza a minha estadia lá. E, inclusive, havia também um outro campo que era o problema dos alcoolistas crônicos." (Dr. R.M., p. 9)

Como se vê, apesar da precariedade dos recursos materiais para a realização de pesquisas, os hospitais psiquiátricos eram um campo privilegiado para a investigação de recursos terapêuticos naquela época. Sendo assim, ao lado do mandato social de

instrumento de exclusão e segregação que lhe fora destinada historicamente, ele constituía-se também num espaço de produção de saber.

Tamanha atividade em termos de produção científica pode dar a impressão de que os problemas crônicos de superpopulação dos hospitais, carência de pessoal médico e de enfermagem, insuficiência de verbas públicas tivessem sido superados nos anos 20. Mas isso, absolutamente, não corresponde a verdade.

Ao contrário, não só nos anos 20, mas também nas décadas subseqüentes, os dirigentes das instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Barbacena e Salvador viram-se às voltas com a falta de pessoal; com a superlotação dos estabelecimentos existentes; com a dificuldade de ampliar a capacidade de atendimento e de melhorar as instalações físicas dos já existentes - nem tanto por que não lhes fossem destinados recursos públicos, mas porque estes eram sempre insuficientes para empreender as reformas permanentemente necessárias para acolher um número de internações que não cessavam de aumentar (Godoy, 1952; Cunha, 1986; Massena, 1985; Maia, 1956).

Nota-se que, tal como nas últimas décadas do século XIX, a reorganização do espaço arquitetônico com finalidades terapêuticas foi uma das preocupações centrais dos dirigentes das instituições psiquiátricas até os anos 50 (Pacheco e Silva, 1945; Colônia Juliano Moreira, 1947; Godoy, 1952; Massena, 1985).

Também alguns entrevistados que vivenciaram estas dificuldades muito de perto, referem-se da seguinte forma a este período:

"Agora, o Juqueri que foi uma escola de formação de psiquiatras que foi um modelo de hospital de psiquiatria, se transformou num verdadeiro inferno. Coisas incríveis começaram a acontecer. (...) Para você ter uma idéia do que aconteceu depois daquilo de internar doente, internar doente, internar doente, para se internar com o número que se internavam tinha que mudar um monte de coisas. Teve épocas em que o Juqueri - felizmente não foi no meu tempo - em que os doentes, naquelas colônias, os doentes ficavam loucos para lavar roupas e tinha que esperar um dia muito quente para juntar todos e levá-los para lavar as roupas. Porque não tinha como. Um hospital que nunca comprou uma peça de roupa para os doentes...Fabricava-se tudo lá, inclusive sapatos. Tinha até uma sapataria. O pessoal curtia o couro lá, matava o gado lá...O hospital não cobrava (a internação)... Então, o hospital central, que no meu tempo, tinha seiscentos doentes, passou (depois) a ter seis mil. Mas e lavanderia, cozinha, médicos, funcionários

para atender tudo isso? Então, contavam-se coisas, como anedotas, que não eram anedota coisa nenhuma. Como (por exemplo, de que) haviam pacientes que dormiam encostados na parede e que, quando outros chegavam lá (a parede), já estava lotada. Então, um pavilhão que deveria ter sessenta pacientes, chegou a ter duzentos, trezentos pacientes. Havia um problema qualquer lá, se chamava o médico de plantão, à noite, ele não podia entrar no pavilhão, porque estava totalmente tomado. Havia pacientes dormindo encostados na parede, dormindo sentados, deitados no chão. O hospital (do Juqueri), que era tido como um hospital psiquiátrico, passou a ser tido como não deve ser um hospital de psiquiatria. Acredito que hoje a coisa está bem mudada, mas mesmo assim, o hospital deve estar com milhares de pacientes lá. Mas o pior não era isso. O pior era que despencavam pacientes de outros estados. Do Rio de Janeiro, de Manaus. Nesta ocasião, no meu pavilhão, foi aumentando o número de pacientes insulínicos. Esse pavilhão, em 52, 53, começou a explodir. Esse meu pavilhão tinha cento e vinte pacientes e já era um absurdo. E eles quiseram elevar para duzentos. Então, eu disse para colocarem outro psiquiatra para ficar lá comigo, porque eu não ia fazer insulina (nestas condições). Em cento e vinte já era um absurdo, agora queriam pôr duzentos... Então, o pavilhão ficou com cento e vinte pessoas, mas a lotação era sessenta. Então, haviam esses problemas todos." (Dr.H.M., p. 18-9)

Ao descrever as características que assumiram os tratamentos psiquiátricos no interior do Hospital- Colônia, ao longo de um período de 60 anos , o médico conta que :

"Nós temos nove Hospitais de Psiquiatria em Barbacena. Justamente porque o núcleo, que era o Hospital-Colônia, antiga Assistência a Alienados e hoje FHEMIG, ela adquiriu uma fama muito grande por ser um Hospital que realmente conseguia recuperar os casos recuperáveis. Com a limitação de recursos que eles possuíam na época, não é? Mas, através justamente de laborterapia, de psicoterapia e a medicação muito limitada, mas que existia, não é? Mas, então, o Hospital foi crescendo e com ele os problemas também foram aumentando. Ele passou por uma fase áurea. Nos seus primeiros trinta anos de existência, o Hospital era um centro de referência do país inteiro. Vinham doentes de todo norte do país, vinham doentes do Rio de Janeiro, de São Paulo, vinham muitos para Barbacena. Depois, como os problemas aumentaram, devido à afluência, esta migração para os grandes centros, da população rural, acarretou uma queda no padrão do Hospital. Então, com o passar dos anos, principalmente de 1950 para diante, o Hospital passou a ser apenas um depósito de doentes, cujo problema não era só mental. Eram aqueles problemas sociais. Então, se uma prefeitura em um determinado local tinha um

louco de rua, esses tipos populares, que ficam na rua, mas que causam problemas, eles mandavam para o Hospital de Barbacena. Ai, o doente ficava por aqui, esquecido, não tinha família, muitas vezes, ficava aqui. E, muitos eram apenas oligofrênicos, outros eram aleijados e vinham para cá ver se tinham algum problema mental, porque se comportavam às vezes de uma maneira que a família não gostava, vinham para cá e acabavam esquecidos. Porque a família do doente mental, ela se comove muito no início da doença. Depois o doente acaba esquecido. Só se lembram dele, quando ele está internado aqui, quando a pessoa que ficou lá, seja a esposa ou o marido, quer casar de novo. Ai eles se interessam. Era muito comum isso: 'Quero saber se a minha esposa, fulana, o que aconteceu com ela? ela está viva, forte, sadia? Com muita saudade sua.' (riso) Era a notícia que chegava. Às vezes, para desencanto da pessoa, que já estava querendo casar com outra lá. Geralmente, as pessoas só se interessavam para resolver um problema seu. O doente ficava aqui, assim como uma maneira da família ficar livre daquela carga. Então, nós tínhamos aqui no Hospital-Colônia, epiléticos, aleijados, doentes com problemas neurológicos, que não eram problemas psiquiátricos, enfeitados, e também um grande número de crianças que nasciam de mulheres que vinham grávidas para o Hospital-Colônia, Psicose Puerperal. Internavam-se aqui com as crianças, depois a doente cronificava, ou não se recuperava, ou não tinha reintegração na família e aquelas crianças eram criadas aí. Dentro de uma enfermaria. E depois, tentava-se colocar as crianças junto aos Serviços Sociais, o antigo SAN, depois FEBEM, essas coisas. E eram encaminhadas para as instituições para serem integradas à sociedade. " Muitos dos funcionários - você vê o idealismo desta gente que começou este Hospital psiquiátrico de Barbacena. Muitos desses funcionários que ganhavam pouco, eles ganhavam pouco, sempre ganharam pouco, muitos destes funcionários levavam para casa e criavam crianças que nasciam lá dentro. Quer dizer, era uma abnegação, um desprendimento muito grande. Mas de 1950 para cá o Hospital começou a ser um depósito de doentes, e, com isso, deteriorou-se a função dele. Passou a ser então uma maneira das Prefeituras, do Governo do Estado, das famílias ficarem livres daqueles doentes que constituíam uma carga para eles. Não por serem às vezes doentes mentais graves, mas porque eles queriam ficar livres dos doentes. As Prefeituras municipais, por exemplo, mandavam. Quando chegava aqui, não tinha vaga. O que eles faziam? Eles soltavam o doente na porta do Hospital e iam embora. O doente, sem condução, ficava aí, o Hospital acabava recolhendo, porque eles ficavam mendigando aí, perambulando pelas ruas, então eram recolhidos. E as famílias não se interessavam. Quem trazia não deixava documentos. Muitas vezes, o doente não tinha nem identificação. Esses retirantes nordestinos- houve aquela imigração enorme para São Paulo, em 1950, 60 - eles desciam

de trem. Vinham, ficavam bebendo o tempo todo, porque eles não se alimentavam, só bebiam, entravam em delírio. Entravam em delírio, aí eram lançados, iam para o Hospital-Colônia. Ficavam por aí. Ninguém sabia pai, mãe, esposa, filhos, ninguém sabia quem era. E com isso, havia aí, uma época, um grande número de doentes anônimos. Ninguém sabia. Ficavam conhecidos lá dentro por uma alcunha qualquer: Quem é que é? É aquele do beijo rachado, é o maneta. Quem é que é? É o João Cego. E assim iam ficando, de acordo com uma característica física qualquer, designados pelos guardas. Mas não tinham nem identificação. Mas, no início o Hospital era muito bem organizado. Ele tinha as fichas de todos os doentes, fazia impressões digitais e fotografia, no início. De 1940 a 1950, o acúmulo foi aumentando. Você vê que o Hospital fora feito para abrigar 70 pacientes, depois foi aumentando, até ele atingir aí três mil pacientes nos anos 50. Então houve uma desorganização total. Aí, até o fichário dos doentes ficou prejudicado. Perderam-se fichas, os doentes eram internados e não eram colhidas as impressões digitais. Morriam os doentes e uns eram internados com o nome de outros, porque muitas vezes eram homônimos e não se sabia. Mas houve estas confusões todas. (...)” (Dr. E.C., p.1-2)

As críticas à situação em que se encontravam os hospitais psiquiátricos e à ineficácia dos métodos terapêuticos neles empregados - que nem possibilitavam a cura das doenças mentais, nem a recuperação da maior parte dos doentes para a sociedade, prometida pelo discurso alienista do século XIX - não tardaram a surgir. Os próprios psiquiatras começaram a questionar o hospício como único e exclusivo meio de tratamento.

Inspirados na psiquiatria higiênica européia, estes especialistas em doenças nervosas passaram a defender a criação de serviços abertos, ambulatorios, dispensários anexos aos hospitais e a adoção de práticas preventivas que lhes possibilitassem não só identificar como também intervir precocemente junto aos indivíduos que, em função de uma predisposição hereditária ou de uma fragilidade orgânica, poderiam fatalmente tornar-se doentes, quando submetidos ao ritmo acelerado da vida urbana ou a um modo de vida moralmente desregrado, conforme pensavam os psiquiatras.

Deste modo, na primeira metade dos anos 20, surgem as primeiras tentativas de ampliar as intervenções da psiquiatria, deslocando seu objeto do indivíduo doente para os grupos cujo comportamento era considerado desviante, sob o argumento de prevenir o crescimento das doenças mentais entre a população brasileira. Ainda com este intuito são criadas a Liga Brasileira de Higiene Mental, no Rio de Janeiro, em 1923 e a Liga Paulista de Higiene Mental, em 1926, cujos fundadores foram respectivamente Gustavo Riedel e

Pacheco e Silva. Vê-se que, mais uma vez, as respostas aos problemas ligados a assistência ao doente mental seriam buscadas fora das instituições psiquiátricas e as estratégias adotadas por seus dirigentes, embora revestidas por um discurso que se queria eminentemente técnico, teriam novamente como interlocutores o Estado e a sociedade civil

A primeira estratégia vislumbrada por Gustavo Riedel, diretor da recém criada Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, para conter as crescentes taxas de internação nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro foi a criação de um ambulatório de profilaxia das doenças mentais, seguida da inauguração de um serviço aberto para psicopatas e de um curso para formação de monitoras de higiene mental (Costa, 1990). Enquanto isso, em São Paulo, Pacheco e Silva inaugurou, em 1926, o primeiro ambulatório de higiene mental, anexo ao então Instituto de Higiene e também investiu na formação de monitoras, embora, diferentemente de Riedel, tenha optado por recrutá-las entre professoras primárias (Cunha, 1986).

No entanto, não se deterá a atenção aqui na descrição destas experiências são ou na discussão sobre o projeto de disciplinarização das classes trabalhadoras e a natureza autoritária que caracterizou a implementação desses programas em São Paulo e no Rio de Janeiro, a partir dos anos 30, dado que este tema já foi discutido por Cunha (1986), e Costa (1990).

Apresentar-se-á, no entanto, a experiência desenvolvida no Rio Grande do Sul, uma vez que ela ainda não foi tomada como objeto de estudo por outros autores.

Observa-se que, também, em Porto Alegre, a assistência psiquiátrica transcendeu o espaço delimitado pelas cercas do hospital, estendendo sua ação aos indivíduos não internados. Sob a égide da Higiene Mental, o Hospital São Pedro inaugurou seu Serviço de Profilaxia Mental e Assistência Social Psiquiátrica, o então chamado Serviço Aberto (Godoy, 1952). Inaugurado em 1938, o Serviço Aberto visava prestar assistência psiquiátrica e social aos indivíduos e evitar as internações em regime integral, criando uma modalidade a qual denominaram hospitalização livre. O Serviço de Profilaxia Mental incluía desde assistência ambulatorial até visitação domiciliar.

O psiquiatra entrevistado, que atuou neste Serviço Aberto, praticamente desde a sua fundação, relata abaixo os objetivos que, ao seu ver, possuía aquele serviço:

" Eu imaginava o seguinte. Eu imaginava que os trabalhos do Serviço Aberto, a porta do Hospital, por assim dizer, era a última batalha que se travava antes da pessoa ser

*internada. Porque depois de transpor o portão, para dentro dos pátios do São Pedro, a experiência mostrava que o futuro era muito negro, não é? O prognóstico era a cronicidade. Claro que alguns maníacos entravam até passar a mania; passava por passar, assim como as depressões. Passavam por passar. E saíam, iam embora. Daqui a pouco voltavam de novo. Os alcoolistas também vinham agitados, em *dellirium tremens*, etc. eram internados, recebiam medicação e iam embora. Mesmo assim voltavam. Os epiléticos, que passada uma crise de grande agressividade eles depois voltavam para suas casas. Os esquizofrênicos, em esquizofrenias que evoluíam por surtos, passavam o surto, ao natural voltavam, não tinham... O Hospital, como antigamente tivesse tido influência, tinham ajudado a proteger os doentes e os familiares, não é?" (Dr. C. M. p.12)*

Também explica de que forma era organizado o atendimento e quais os recursos terapêuticos mais empregados, expondo de que modo suas características, aos poucos, foram se modificando, pois, ao retornar da Argentina, lá introduziu as psicoterapias de grupo, realizadas pela primeira vez no Serviço Aberto do Hospital São Pedro, na segunda metade dos anos 50. Conforme se vê a seguir :

"Eu trabalhei no São Pedro de 1938, de novembro, não, não, de agosto setembro de 1938 até princípios de 51. Porque aí eu interrompi, e sem deixar de ser psiquiatra do São Pedro, veja bem. Meus conhecimentos eram pouquinhos, mas sempre davam. Aí, eu fui para Buenos Aires, e, quando eu voltei, em princípio de setembro de 1955, eu pedi para trabalhar com o Serviço Aberto. Eu já trabalhava no Serviço Aberto, é, de consultas externas. Nisso eu já trabalhava antes de ir para Buenos Aires."

E- E como funcionava este Serviço ?

"Consultas psiquiátricas, que necessitavam de remédios, que não eram muitos (riso). Lá, os epiléticos levavam Luminal, e outros levavam uns poucos medicamentos sedativos que existiam. E a terapêutica, a terapêutica medicamentosa era qual? E a psicoterapia não existia (riso). Só existiu depois que foram se intensificando os conhecimentos psicanalíticos. Na realidade, nós, jovens neurologistas e jovens psiquiatras não tínhamos clientes. Uns mais antigos que chegavam e se internavam; ficavam lá. Depois que veio o eletrochoque, insulino-terapia, depois o cardiazol. Já a malario, que era antes, que se fazia na paralisia geral, que a sífilis. Então, tínhamos, tínhamos pacientes. Poucos pacientes eram internados e tal... Eu internei muitos pacientes. Mas, durante anos se fez aplicações de eletrochoque. Que eram verdadeiros choques. A gente fazia com a melhor das intenções e com a maior boa fé. E, a bastante ignorância (riso). E, mas depois, com o

conhecimento psicanalítico, a gente foi aprendendo com a psicanálise e foi usando a psicoterapia também, não é? Bom, e eu, quando voltei de Buenos Aires, que em Buenos Aires, eu estava lá quando se deu a grande (ênfase) explosão da psicoterapia de grupo. Aquele entusiasmo e tal, até no pátio, como se diz, por cinquenta minutos, se faziam grupos, com psicoterapia de grupo. Eu comecei, então, como observador de um grupo e quando vim para cá, eu já tinha certa experiência, não é? E eu pedi para continuar no Serviço Aberto e para fazer somente psicoterapia de grupo. Então, como a clínica era enorme, tínhamos grupos de até doze pessoas, um número consideravelmente alto, mas não havia outro modo. Uma frequência enorme de pacientes que tínhamos, mas só eu fazia grupo. Aí alguns colegas mais jovens vinham assistir como observadores. Esteve aqui, por iniciativa minha, o Arnaldo Rascovski, há vários anos atrás, que aliás foi meu analista, e que trabalhou um pouco aí na Melanie, fazia demonstrações, não se assimilou muito, mas começaram a fazer psicoterapia."

E- Então, até os anos 40 são praticamente os tratamentos baseados no uso de certos medicamentos e nas terapias de choque, como o senhor disse.

"No uso de medicamentos, é com medicamentos também. Hoje tem outros recursos psicoterápicos, muitos de base psicanalítica." (Dr. C. M., p. 7)

Ainda que a finalidade do Serviço Aberto fosse a prevenção da cronificação produzida pela internação hospitalar de longa duração, através da oferta de tratamento ambulatorial, outras estratégias adotadas na época pretendiam ter um alcance mais amplo, inscrevendo-se no campo que então se denominava Profilaxia Mental, em Porto Alegre. Um exemplo desta pretensão de estender a influência das formas de intervenção da psiquiatria para além dos limites do hospital foi o Curso de Biopsicologia Infantil, organizado pelo Diretor do São Pedro e pelo Diretor do Serviço de Saúde Pública, destinado às professoras das escolas públicas. Segundo Jacintho Godoy (1952), o curso tinha por objetivo oferecer noções de neuropsiquiatria às professoras, com o intuito de prepará-las para identificar sinais de psicopatias ou de retardo na aprendizagem entre seus alunos, assim como dissipar preconceitos em relação a doença mental. Seu discurso, proferido quando da abertura do referido curso, expressa a concepção que no final dos anos 40 possuía de Higiene e Profilaxia Mental e os objetivos que pretendia alcançar com a divulgação dos conhecimentos de neuropsiquiatria entre os professores, da seguinte maneira:

"Um perigoso preconceito pesa sobre as doenças mentais, que as famílias procuram ocultar como degradante, protelando a consulta ao psiquiatra e a hospitalização do

doente, iludindo-se com explicações sobrenaturais dos sintomas que, muitas vezes, são a expressão de lesões orgânicas do cérebro. Não é desonroso ser doente do cérebro. As doenças mentais não são diferentes das outras doenças, nem o apanágio de famílias deserdadas. Cada um de nós, em determinadas circunstâncias da vida, a despeito da aparente robustez física, pode ser acometido de psicopatia. O cérebro humano é um órgão muito frágil que a vida coletiva submete a rude prova. Numerosas são as causas suscetíveis de ferir o nosso psiquismo, de romper o seu equilíbrio, de privar a nossa inteligência e o nosso corpo do controle de que não podemos prescindir. A tuberculose, a sífilis, o alcoolismo, o câncer são causas conhecidas, mas não as únicas. Uma infecção, uma fadiga, o surmenage prolongado, as emoções, podem e, às vezes, bruscamente, desencadear distúrbios psíquicos, os mais graves. O nosso Hospital, numa segunda fase de existência, sob uma nova lei de proteção aos psicopatas, orienta-se na moderna campanha da profilaxia mental, cujas bases repousam na noção de que, se socialmente o cérebro é o homem, fisiologicamente o cérebro é um órgão como qualquer outro, sujeito às mesmas leis naturais, leis que devem ser respeitadas, não podendo ser infringidas impunemente, a fim de que, seguindo o seu desenvolvimento normal, ela possa dar o máximo de potencialidade, de rendimento social, campanha que visa medir os limites da resistência mental, as qualidades e as condições do esforço permitido ao cérebro normal, a sua melhor adaptação, em suma; colocando cada indivíduo no seu lugar- **The right man in the right place**; limitando o rendimento de cada um às suas próprias possibilidades, mas permitindo-lhes empregá-las integralmente; descobrindo os predispostos, a fim de colocá-los ao abrigo das causas ocasionais das psicoses e permitindo às pessoas normais a melhor utilização de suas faculdades, e para tal, fazendo apelo ao concurso de todas iniciativas privadas na luta contra o alcoolismo e os estupefacientes; na profilaxia da sífilis e da tuberculose; promovendo por meio de laboratórios de psicotécnica, a orientação profissional dos trabalhadores; divulgando o ensino psiquiátrico entre os profanos e até nas camadas populares, a fim de dissipar os preconceitos do público sobre a loucura, que não é uma moléstia misteriosa, como se pensa, mas natural e curável e sobretudo evitável, pois as suas causas são conhecidas, a ponto de se poder dizer que, dos doentes internados, 40 % poderiam ficar no lar, sãos, úteis e felizes, se a tempo tivessem seguido os conselhos da psiquiatria preventiva; e finalmente, empenhando-se na cruzada, de todas a mais relevante, a de proteção à infância, pela seleção de escolares, aos quais se deve ministrar a educação, em vez de cegamente uniforme, melhor adaptada aos indivíduos.(...) Vós conheceis todas, ao menos em linhas gerais, o que é mister a todo educacionista saber sobre anormais e atrasados. Ao lado destes, há pequenos psicopatas nas suas primeiras manifestações mórbidas e

outras, aparentemente normais, mas de julgamento falho e cujas reações de conduta revelam uma predisposição doentia. O bom educador deve suspeitar, senão fazer o diagnóstico precoce desses distúrbios ou ao menos distinguir anomalias e defeitos (...) De tudo o que venho dizendo chega-se enfim a esta conclusão transparente: a escola é verdadeiramente a primeira etapa da nossa campanha de profilaxia mental" (Godoy, 1952, p. 187-8, 194).

Portanto, Godoy compartilhava com os psiquiatras cariocas dos anos 30 a concepção de que as doenças mentais tinham uma origem orgânica e que estas poderiam ser desencadeadas ou por fatores emocionais, ou por alterações metabólicas, ou por agentes externos, tendo o ambiente em que o indivíduo vivia um importante papel na eclosão destes fatores. Dai a importância da identificação precoce de sinais que sugerissem a existência de alguma perturbação. E tratou de divulgar esta concepção, dirigindo-se aos grupos que acreditava serem potencialmente capazes de, na prática, implementar ações preventivas, delimitando as escolas públicas como o local por onde se deveria iniciar esta intervenção. Entretanto, apesar da eloquência do discurso, as intervenções da psiquiatria preventiva em Porto Alegre limitaram-se à implementação do Serviço Aberto e à realização do Curso de Biopsicologia Infantil.

Ao tentar-se verificar o peso que tais práticas chamadas preventivas possuíram na época, enquanto estratégia de intervenção adotada pelos psiquiatras para disciplinar as classes trabalhadoras, solicitou-se aos entrevistados de São Paulo e de Porto Alegre que falassem sobre o que pensavam sobre as críticas feitas atualmente à forma como foram desenvolvidos os Programas de Higiene Mental, uma vez que este tema não emergia espontaneamente em seus discursos. Quando questionados a respeito, os psiquiatras entrevistados manifestavam-se da seguinte forma:

"Mas em São Paulo, o que havia na minha época, é que muito pouca gente...Achavam que aquilo era coisa de intelectuais (risos). Eles achavam que era uma espécie de coisa assim como esnobismo falar em Higiene Mental, aquelas coisas todas...Pensavam que era tolice, bobagens...Achavam que tanto a psiquiatria como a higiene mental eram como a filosofia. Só que eles esquecem que todas as transformações que o mundo passou foram como filósofos. (...) O próprio psiquiatra, durante muitos anos, era meio visto como maluco pela comunidade. Quando, por exemplo, meus próprios amigos - que eu morava no Juqueri, logo que me casei eu fui morar no Juqueri, porque o hospital construiu uma vila para os médicos, que se chamavam médicos residentes - então, durante oito anos eu fui médico residente. Logo no começo até 1939, ou 1940. As minhas duas filhas mais velhas

nasceram na maternidade do Hospital do Juqueri, (mas) eu não registrei lá, porque ficava desagradável (dizer): nasceram no Juqueri (ênfase). Mas (os amigos) não acreditavam. Perguntavam como eu tinha coragem de morar no Juqueri. (Dr. H.M., p.9)

"Eu não me lembro deste detalhe. Eu me lembro daquele curso que nós fizemos, que deu um certo esclarecimento às pessoas, desassombrou as pessoas da psiquiatria e da loucura, não é? Portanto, ficaram menos poderosos, não é?" (Dr. C. M., p.11)

Mas em um momento anterior em seu depoimento ele assim se referira à existência de um Programa voltado para Higiene Mental:

"Ah. E outro fato importante foi, antes da criação da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e da criação da Escola de Enfermagem Psiquiátrica, foi o primeiro curso aberto ao público, dirigido para professores, de psiquiatria. De Neuropsiquiatria, no Hospital São Pedro um curso de Higiene Mental, ah é, eu fui conferencista deste curso. Me lembro até hoje que falei sobre alcoolismo. E, então, o curso agradou. Então, foi o primeiro curso de psiquiatria (aberto ao público)." (Dr. C. M., p. 6)

Pelo que se pode apreender das colocações, a despeito destas iniciativas voltadas para esclarecimentos à comunidade que levavam o nome de Higiene Mental, não parece ter havido entre todos os psiquiatras do São Pedro e do Juqueri uma filiação consciente ao ideário defendido pelos sucessores de Gustavo Riedel, no Rio, e por Pacheco e Silva em São Paulo, reduzindo-se, para eles, a ação dos Programas e do Serviço de Profilaxia a evitar internações psiquiátricas.

É interessante ressaltar que os serviços de higiene mental também foram criados na Bahia e em Minas Gerais nos anos 50.

A partir do final dos anos 40, observa-se um renascimento da psiquiatria baiana - se é que se pode chamá-lo assim, determinada pela ida de psiquiatras do Serviço Nacional de Doenças Mentais a Salvador, com o intuito de reorganizar o Hospital Juliano Moreira. As modificações introduzidas a partir de então foram relatadas da seguinte forma por um dos entrevistados:

"Otávio Mangabeira tinha um devotamento à causa pública, que era de um civismo tão exagerado que eu devo dizer a senhora que...Este homem, pontificou a vida inteira na política. Viveu grande parte de sua vida no exílio, apesar do governo ter-lhe oferecido

varios cargos para que ele aderisse, (por)que ele jamais aderiu(...) Ele sempre foi contrário aos regimes não democráticos. Ele, naquele tempo, era da UDN. Quando veio a anistia, em 1945, ele voltou para o Brasil e os partidos políticos da Bahia resolveram unanimemente, com exceção apenas do PTB, resolveram indicá-lo para governador do estado e ele foi eleito. E, ele tinha uma dedicação tamanha à área social que ele - apenas como exemplo devo dizer que ele, como rotina de vida, aos domingos, ele assistia uma missa em cada estabelecimento assistencial do estado. Um domingo era na penitenciária, outro no Juliano Moreira - que tinha uma capela - e no hospital de tuberculosos, etc. E, depois da missa, ele circulava no estabelecimento. E convivia com os presos. Imagine que era um governador que tinha condição moral de ser entrevistado por um preso que fazia a sua reivindicação. Conversava com os doentes do Juliano. Porque ele tinha desassombro para enfrentar essas coisas, porque a sua administração era uma administração sadia. Este homem se impressionou, se chocou profundamente com as condições em que ele encontrou o Juliano Moreira. E no início do governo ele fez uma tentativa de modificar o hospital com os recursos da terra (com baianos). Mas não encontrou elementos para isso, especialmente na área de recursos humanos, não obstante ele se dispôs a fazer todos os investimentos financeiros que fossem necessários para melhorar e modernizar o hospital. Sentindo esta dificuldade, depois de várias tentativas de transferência de recursos sem que o hospital melhorasse, numa visita que ele fez saiu tremendamente frustrado, mais uma vez, e resolveu, então, apelar para o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), cujo diretor era o Dr. Adauto Botelho. E pediu orientação ao Dr. Adauto Botelho, confirmando a sua disposição de investir recursos no estado e a incapacidade que ele estava sentindo dos recursos humanos de fazer as modificações que o hospital necessitava. Então, Adauto Botelho se prontificou a assessorá-lo, com a condição de que pudesse indicar o diretor do hospital. E indicou o Dr. Oswaldo Camargo, que veio para a Bahia, se não me engano em 1947, e imprimiu uma grande modificação ao hospital. Foi nessa época que eu me empolguei tanto com o progresso do hospital que resolvi entrar como interno, fui auxiliar acadêmico e depois me transformei em médico, em chefe de equipe e, depois, em diretor do Juliano. O hospital passou por grandes transformações; os métodos assistenciais, foram todos adotados em função do que havia de mais moderno no mundo. O Dr. Oswaldo Camargo trouxe para chefe de clínica, um grande profissional, não sei se a sra. conhece, vivia no Rio de Janeiro, o Dr. Elso Arruda, pesquisador, homem sério. E o Dr. Oswaldo Camargo, dentro da área administrativa e o dr. Elso Arruda, dentro da área técnica, realmente fizeram grandes transformações, modernizando o hospital e introduziram novas técnicas de tratamento, etc. O corpo clínico foi dinamizado; vários médicos foram fazer estágio no Rio de Janeiro, no Hospício Nacional, para se modernizar. Por conta do

Estado, faziam um estágio de três meses, voltavam. Foi aberto o internato para os acadêmicos de medicina. O convênio com a Faculdade de Medicina foi intensificado e o hospital passou por grandes reformas, inclusive de natureza material. Todos os pavilhões foram restaurados, novos equipamentos foram comprados, etc. (...)" (Dr. R.R., p.2-3)

Mas, ao contrário do que ocorria na Bahia, o Rio de Janeiro deixou de ser o principal centro de formação procurado pelos médicos gaúchos para especializarem-se em psiquiatria a partir da década de 40. Foi substituído, em muitos casos, por Buenos Aires, que transformou-se num pólo de atração para aqueles psiquiatras. Não só pela proximidade geográfica com o Rio Grande do Sul, mas principalmente pelas alternativas que oferecia em termos de uma especialização que mais se aproximava à que aspiravam aqueles médicos, a psicanálise. Neste período, alguns dos psiquiatras, mencionados acima, dirigiram-se à Argentina com o intuito de realizar a formação psicanalítica e depois transformar-se em Analistas Didatas. Os trechos dos depoimentos reproduzidos adiante reconstroem os momentos que marcaram a constituição do movimento psicanalítico não só de Porto Alegre, mas também do Brasil e da América Latina. E mostram como, ao buscar a formação psicanalítica, além de inaugurarem uma modalidade de especialização médica e psiquiátrica, os psiquiatras do Hospital São Pedro introduziram novas formas de tratamento no campo da assistência psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Segundo um dos entrevistados, que faz parte do grupo pioneiro de psicanalistas do Rio Grande do Sul, este movimento foi iniciado do seguinte modo:

"(...) Mas, agora, você tocou em fatos importantes, não é? Em 44, não, em 43, o Dr. Mário Martins e eu, Cyro, que não somos parentes, tínhamos o mesmo consultório. E eu, era muito amigo dele, de antes da Faculdade... Nós tivemos a visita de um argentino que andava angariando assinaturas para a 'Revista de Psicoanálisis' da Associação Psicanalítica Argentina. Foi ainda em 43. Então, através desta Revista nós tomamos conhecimento da existência da Associação Argentina e da possibilidade da formação psicanalítica em Buenos Aires. Porque, até um pouco antes, só era possível em Londres, Viena, quicá Paris, antes em Berlim, Nova York. E tudo aquilo foi destruído pelo Hitler, Viena, Berlim, Paris, etc. E Londres não porque não chegou a invadir, mas chegou a haver também bombardeios. Então não era possível... E para nós era impossível, latino-americanos, como é que a gente ia para a Europa? Em primeiro lugar era longe, era caríssimo, depois com a Guerra, nem se cogitava. Mas quando veio esta revista e vimos que era possível fazer a formação psicanalítica em Buenos Aires, graças a vinda de Angel Garma, que aportou (ênfase) em Buenos Aires no dia 24 de junho de 1938. Essa é uma

data histórica para a cultura da América Latina. Ele que veio contribuir para a parte de formação daquele grupo de psiquiatras, pediatras, clínicos de Buenos Aires. Dentre esses, eu lembro o nome de Henrique Pichon-Rivière, que já faleceu e que era conhecido entre psiquiatras e psicanalistas de toda a América Latina, e o Arnaldo Rascovski, também conhecido, o Luiz Rascovski. E veio também de Paris, com o Angel Garma, o Dr. (Celestino) Cárcamo, que veio já formado em psicanálise. Então, estes nomes, estas figuras que eu nomeei, e mais um^o outros, imediatamente começaram a sua análise didática com o Dr. Angel Garma. E daí nasceu a Associação Psicanalítica Argentina, que só foi fundada em 43. E. Bom, isto se expandiu com esta notícia de que era possível a formação psicanalítica em Buenos Aires. E começaram a fluir latino-americanos para Buenos Aires em busca desta formação. Foi daqui o Mário Martins, do Rio de Janeiro, o Walderedo Ismael de Oliveira, foi o Perestrello, o Danilo Perestrello, a mulher dele; de São Paulo; da Colômbia, Bogotá; de Caracas, Venezuela; do México; do Uruguai; do Chile. Então estava cheio de jovens psiquiatras, todos eles eram psiquiatras. Os jovens psiquiatras estavam sequiosos pelo aprendizado da psicanálise. Então, eu, não fui na primeira leva, por circunstâncias várias, só pude ir em 51, princípio de 51. Voltei no fim de 55, mas ainda cheguei a tempo de ajudar o Mário Martins, o José Lemmertz, que tinha vindo formado de Buenos Aires, o Celestino Prunes, que tinha ido para o Rio de Janeiro, que nesta época já tinha vindo o Werner Kemper, alemão, contratado por um grupo de psiquiatras cariocas, e o Celestino foi ao Rio de Janeiro fazer a formação lá. Bom, o Mário voltou em 47, e ele era psiquiatra do São Pedro também. Imediatamente, uma série de jovens psiquiatras, que estavam começando, David Zimmermann, Paulo Guedes, Ernesto La Porta, e outros, não é? Imediatamente começaram a se analisar com ele [...], daí foi nascendo uma Psiquiatria diferente, que se chamava Psiquiatria Dinâmica. E, mais dois ou três anos, e foi fundada uma Escola de Psiquiatria. Tínhamos um Centro Psicanalítico, e também uma Escola de Psiquiatria Dinâmica, que foi a Melanie Klein, do próprio Hospital São Pedro. Não me lembro bem a data de fundação, o David Zimmermann que conhece bem, porque foi chefe de lá durante anos e anos." (Dr. C. M., p. 7-8) (grifo nosso)

O próximo depoimento, também muito importante pela quantidade de informações que oferece sobre a história do movimento psicanalítico em Porto Alegre, no Rio de Janeiro e na Argentina, é de bastante interesse por examinar de que modo a psicanálise despertou o interesse não só dos psiquiatras, mas também dos clínicos que atuavam no Hospital São Pedro e a extensão que assumiu tal movimento. Este entrevistado enriquece as informações oferecidas pelo anterior,

oferecendo uma versão daqueles fatos, mas do ponto de vista de quem apenas os acompanhou atentamente, sem o envolvimento direto que coube aos sujeitos que participaram da construção do movimento psicanalítico em Porto Alegre.

"Então, deixe-me falar um pouquinho da psicanálise em si. O começo da psicanálise aqui, acho que, como em muitos lugares, dependeu de pessoas que leram sobre a psicanálise. E então, de um lado o Décio de Sousa, que havia estudado aquelas coisas, não é, que naquele momento o Porto Carrero, escreveu um livro também sobre a psicanálise; tinha alguma coisa já estava começando a vir sobre Freud, etc. Mais adiante as 'Cinco Lições sobre Psicanálise' do Freud, etc. Eu devo dizer que não sou um entendido especificamente no assunto, mas tive muita convivência com ele, com o problema. Bem. Alguém que fazia psicanálise não sendo analisado era o Dionélio Machado. O Dionélio era um homem muito inteligente, mas de um temperamento muito peculiar. Ele, eu sei, por clientes comuns, que ele fazia umas sessões de psicoterapia que ele denominava de analítica. Não sei exatamente a técnica que ele empregava; a respeito, acho que deveria ser um pouco intuitiva, assim. Mas, eu diria que o Décio e o Dionélio poderiam ser aquelas pessoas que falassem sobre psicanálise aqui, e no meio psiquiátrico, antes de haver uma formação psicanalítica regular. Depois, surgiu um primeiro pólo de atração que foi o de Buenos Aires (ênfase). Então, o grupo de Buenos Aires era um grupo de quem eu conheci pessoalmente apenas o Angel Garma. Não sei, dentro do seu conhecimento dos psicanalistas da época, onde é que a senhora situa o Garma. Eu lhe diria que especificamente, tive a oportunidade, quando ele esteve aqui, de assistir palestras dele. Não gostei. Não gostei e fiquei um pouco inibido, porque gente como o Cyro Martins, por exemplo, até hoje fala que o Garma era um sábio (ênfase). Questão de um ano e pouco, conversando com um psicanalista que é muito conceituado no Rio de Janeiro, um homem relativamente moço, que ocupa muito boas posições na docência, eu falei a ele que tinha certas restrições em relação ao Garma e ele dizia: 'Eu compartilho suas restrições; realmente, o Garma era... ele dizia coisas a respeito da psicanálise, em nome da psicanálise que... De qualquer modo, aqui, o grupo de psicanalistas de Buenos Aires tinha uma repercussão muito importante. E houve um período em que era muito mais fácil ir a Buenos Aires do que ir ao Rio de Janeiro. E, também, a verdade seja dita, a Medicina, por exemplo a Medicina Interna de Buenos Aires apresentava muito de projeção já internacional e a nossa relativamente menos, embora tivéssemos gente muito boa. Mas, na área específica da psicanálise, veio então a idéia de que alguém fosse daqui fazer uma formação analítica regular. E o primeiro a fazer isso foi o Mário Martins. O Mário Martins, meu conterrâneo, tínhamos sido contemporâneos de faculdade. Ele formou-se em

33, eu me formei em 37. E, as nossas famílias se conheciam de Santana do Livramento, que era o lugar onde nasci. E eu caí no Hospital São Pedro por uma casualidade. Eu, formado em 37, logo recebi um convite para Assistente da Faculdade, Faculdade de Medicina, e exatamente porque foi imediato, este convite me criou um problema todo. Porque a lei de então exigia que depois de dois anos de exercício no quadro de assistente a pessoa fizesse a docência da disciplina. Mas, de outro lado, ninguém podia fazer o exame de docência sem menos de três anos de formado. Então, eu caí nesta faixa. Eu devia fazer em dois anos, mas não tinha ainda três de formado. Esse, tinha sido resolvido pelo Conselho Nacional de Educação, como se chamava na época, havia precedentes, havia um parecer do Abílio de Castro favorável: inscreva-se ao completar os dois anos e faça-o ao completar três. Mas, o diretor nosso, a época não aceitou, e eu tive que, durante um tempo, me afastar de lá. Foi então em metade do ano de 40 que eu fui para o Hospital São Pedro e, assim, de metade de 40 a metade de 44 que eu estive lá, e as coisas que eu vou lhe contar se passaram nesta época, meses mais e meses menos em relação a cada uma, mas basicamente foi nesta faixa. Então lá passei os quatro anos de São Pedro. No que diz respeito a psicanálise então, depois de uma convivência larga com o Mário, ele foi para fazer a sua análise lá com umas... aquele grupo de que o Garma era um dos... Era o Garma, o Pichon-Rivière, o Rascovsky, era o grupo dele. Quais deles tinham uma formação dessa ou daquela, de que natureza eu não sei dizer. Mas, o Mário também pertencia àquele grupo que havia sido analisado pelo Garma. Então, o Mário fez a sua análise, em primeiro lugar, e depois fez um tipo de análise didática, que o habilitasse para ficar, por sua vez, sendo como o formador de analistas. Ele veio para cá e influenciou outras pessoas, como o Cyro Martins. Ele era, como o Mário, um psiquiatra lá do São Pedro, que havia ingressado por concurso promovido pelo Dr. Godoy, antes que eu fosse para lá, e no qual ingressaram quatro psiquiatras. O Mário Martins, cujo nome talvez lhe seja familiar, o Cyro Martins, o Ernesto La Porta, que foi mais tarde para o Rio, o Ernesto La Porta, primeiro se balançava entre Neurologia e Psiquiatria, não sei depois, no final, no Rio o que ele ficou fazendo, e o quarto foi o Luiz Ciulla, que muito mais tarde escreveu um livro sobre saúde mental. Ele faleceu há pouco. Bom, foram então a partir do Mário e também ele foi com a esposa, a Zaira, e a Zaira fez um treinamento em relação à análise infantil. Ela iria se analisar também e depois preparar-se para isso. De qualquer modo, era mais à sombra do Mário que ela fazia isso. E, esse vínculo continuou com Buenos Aires e muitos dos nossos ou foram a Buenos Aires fazer a sua formação e depois voltaram para cá, ou, pelo menos, tinham contato, vinha gente de Buenos Aires. Como eu lhe digo, que o Garma veio mais de uma vez por aqui, deu conferências, etc. E todo o vínculo era por este lado. Quando, em 53 eu estive da

cátedra, aí eu conheci um ou dois analistas que estavam lá. Havia um grupo de pessoas que estavam interessadas em psicanálise, no Rio, onde havia também um baiano - fazia neurologia e passou para psicanálise - não me recordo o sobrenome dele. Eu sei que, entre eles, havia gente de recursos, de modo que propiciaram a estes dois analistas certas comodidades do ponto de vista material. Acontece que eles, o inglês e o alemão, não por reminiscências da guerra e sim por problemas de temperamento, eles não se acertaram, terminaram se inimizando fortemente. O inglês, mais tarde, foi embora e o alemão ficou durante muito tempo lá no Rio. Até, o grupo se cotizou e comprou para ele uma propriedade retirada, uma chácara, onde ele pudesse meditar e escrever coisas. Não sei que tantas coisas escreveu, mas em todo caso...Então esse grupo que se formou no Rio tinha vinculação, através destas duas pessoas, e havia uma certa dificuldade no sentido de que se reunissem para trabalharem juntos. Era um grupo, o nome do alemão..., o inglês era Tracy ou alguma coisa parecida, mas o alemão eu não recordo o nome dele ²⁰. Não sei se na biografia, não, mas não deve ter, não deve ter porque é anterior. Bom, mas mais tarde continuaram então (...) Mas, então, agora, sobre psicanálise acho que lhe falei o fundamental. A psiquiatria ficou dominada aqui pelo grupo analítico. Um pouco mais recentemente do que o Mário e do que o Cyro, mas ainda concomitantemente à atividade deles, o David Zimmermann fez docência livre e estruturou um curso (de especialização), fez residência de psiquiatria, instituiu residência para psiquiatras (...) E, praticamente, a psiquiatria daqui foi dominada pela psicanálise. Então, o grande problema para nós, clínicos, era conseguirmos um psiquiatra de apoio, ou fazendo psicoterapia de apoio. Ou fazendo o que bem entendesse, mas que pudesse responder as nossas necessidades. Mas o que a nós atrapalhava era aquele problema de termos uma porção de gente. Suponhamos: tem um ulceroso e úlcera pode ser um problema de ordem psicossomática, tem um hipertenso e é preciso que atenda e assim em seguida. Se houvesse um caso de psicopatia aguda, daquelas que simplesmente a gente leva a pessoa para um hospital, ou ia para o Hospital São Pedro ou para o Sanatório São José, que havia sido criado pelo Dr. Jacintho Godoy, um estabelecimento numa propriedade particular, um sanatório particular e que o filho dele, também chamado Jacintho, continuou, (...). (Dr. R. M., p. 7) (grifo nosso)

Portanto, dentre muitas outras coisas, os depoimentos acima mostram que, a partir dos anos 40, o intercâmbio mantido principalmente com os psicanalistas argentinos

²⁰ Trata-se de Werner Kemper, membro da Sociedade Internacional de Psicanálise, que "foi importado por um grupo de aspirantes a psicanalistas, do Rio de Janeiro, por indicação da Internacional", segundo Martins, Slavutzky (1990, p.139) Antes de Kemper, a primeira psicanalista estrangeira a instalar-se no Brasil foi a Dra Koch, que residia em São Paulo, conforme o mesmo autor.

desencadeou uma importante transformação na produção do saber psiquiátrico em Porto Alegre e, especialmente, no Hospital São Pedro. Se nos anos 20, este saber esteve voltado principalmente para investigação de métodos diagnósticos e de novos recursos terapêuticos ligados à abordagens biológicas, a partir dos anos 40, o centro das preocupações passou a ser o da busca de formas de tratamento que valorizassem os aspectos psíquicos, ainda que não fossem totalmente abandonados os estudos que procurassem trabalhar na interface entre o psiquismo e suas repercussões a nível somático (Martins, 1983), onde o autor procura estabelecer relações entre o aparecimento das primeiras crises epiléticas a eventos traumáticos na vida dos pacientes, além de analisar em outros artigos aspectos inconscientes ligados a manifestações somáticas ou ao uso do eletrochoque. Outro aspecto que chama atenção é o investimento feito na reprodução do saber, sobretudo da psicanálise, através da formação de novos psicanalistas ou mesmo de psiquiatras filiados à chamada Psiquiatria Dinâmica.

Esta produção do saber psiquiátrico, que assumiu diferentes estágios de desenvolvimento em cada período, particularmente nas décadas de 20, 30, 40, 50, foi rapidamente incorporada às ações terapêuticas implementadas no cotidiano do Hospital São Pedro por todas as categorias profissionais que lá atuavam, em maior ou menor grau, de acordo com o que será examinado nos dois últimos capítulos deste estudo.

Apesar das sucessivas tentativas de reorganização da assistência psiquiátrica nos cinco estados e da introdução das terapias somáticas e psicológicas nas décadas de 30 e 40 nos hospitais examinados, chega-se ao final dos anos 50 com os mesmos problemas apontados nas décadas anteriores: hospitais superlotados, deterioração das condições materiais, falta de pessoal, falta de recursos orçamentários, confirmando a descrição já encontrada na literatura (Resende, 1987; Cerqueira, 1989).

Em Minas Gerais, por exemplo, em 1950, no Hospital-Colônia de Barbacena foram construídos mais dois pavilhões com capacidade para abrigar quinhentos doentes mentais. Segundo Massena (1985), estes pavilhões foram construídos com o objetivo de minorar os problemas decorrentes da superlotação dos já existentes. Para que essas obras de ampliação pudessem ser realizadas, o estado de Minas Gerais firmou um convênio com a União, que resultou também na instalação de aparelhos de eletroencefalograma, eletrocardiograma, eletroconvulsoterapia e de gabinetes dentários. Além disso, na década de 50 foram criados também novos edifícios em que passaram a funcionar os serviços do setor de higiene mental e o Instituto de Psicopedagogia (Massena, 1985).

No Rio de Janeiro, o diretor da Colônia Juliano Moreira, Heitor Peres, em seu Relatório Anual de 1947, tal como seus antecessores queixava-se da impossibilidade de efetivar os objetivos terapêuticos do hospital psiquiátrico, diante da emergência e da falta de previsão que, segundo ele, caracterizou a construção dos prédios da colônia a partir dos anos 40. Além disso, Peres ressaltava no mesmo documento o funcionamento caótico daquele estabelecimento psiquiátrico e a deterioração em que se encontravam as edificações da Colônia Juliano Moreira, provocadas pela falta de manutenção e pelo número excessivo de internados, situação esta que provavelmente acometeu os demais hospitais do Serviço Nacional de Doenças Mentais existentes no Rio de Janeiro. A situação apresentada pelo Hospital do Juqueri não era muito diferente da encontrada nos dois hospitais citados acima. Segundo um de seus antigos médicos e ex-diretor do manicômio judiciário em Franco da Rocha:

"A partir de 30 começou a decadência (do Juqueri) . A decadência começou com o grande aumento do número de doentes. O governador Ademar de Barros recolheu todos os presos doentes mentais das cadeias. Não foi uma medida errada, porque os chefes de polícia - naquele tempo não tinha Secretário de Segurança, era chefatura de polícia- viviam clamando contra a presença de loucos nas cadeias. O Ademar resolveu um grave problema. Recolheu todos no Juqueri. Mas estufou o Juqueri. Houve uma superpopulação. O resultado não foi dado de imediato; foi dado posteriormente: a acomodação para estes doentes mentais. Então, praticamente o Juqueri começou a não poder satisfazer a exigência de um tratamento mais caprichoso, mais direto e profundo, porque o número de funcionários, principalmente de médicos, era diminuto para o número de pacientes." (Dr.P.F., p.10)

Um acontecimento apontado pelos psiquiatras que, segundo eles, provocou grandes modificações na assistência ao doente mental nos anos 50 foi a introdução dos psicofármacos nos hospitais brasileiros, conforme exemplifica o depoimento a seguir:

"Na década de 50, os tratamentos usados no Hospital Juliano Moreira eram a terapia ocupacional, a parte de tratamento clínico, você tinha a insulino-terapia, o eletrochoque, a terapia química e ainda na década de 50 nós começamos a ter os medicamentos neurolépticos, começaram a ser utilizados os derivados da clorpromazina, depois surgiram os anti-depressivos e por aí foi." (Dr.N.S., p.3)

Segundo outro entrevistado:

"Os psicotrópicos começaram a ser usados em São Paulo em 1957. Eu acho que o primeiro trabalho em São Paulo foi feito no Hospital das Clínicas. Acho que foi feito lá, nessa época. Eu conheci o Juqueri antes dos tratamentos com psicotrópicos e o Hospital das Clínicas assim que começou. Os resultados foram impressionantes. Antes, o paciente demenciava. Você via um jovem de 18 anos, que ia bem na escola, de repente ficava doente e em geral a evolução era a demência. Com os psicotrópicos isso mudou. " (Dr. HAM, p.12)

Pelo exposto até aqui, nota-se que o período compreendido entre as décadas de 20 a 50 foi efetivamente marcado por uma movimentação no campo da assistência psiquiátrica.

Durante o referido período, empreenderam-se diversas tentativas de reorganização da assistência psiquiátrica, que envolveram inclusive o surgimento de práticas preventivistas, com a criação dos serviços abertos que teoricamente tinham por finalidade evitar as internações psiquiátricas. Todavia, não se pode afirmar que na prática isso realmente tenha acontecido, dada a dificuldade de localizar dados relativos ao funcionamento destes serviços. Contudo, a bibliografia consultada (Resende, 1987; Cerqueira, 1989) mostra que o número de internações e a população de internos das instituições psiquiátricas teve um crescimento importante até os anos 50.

Além disso, viu-se também que o período de 20 a 50 é marcado pela introdução das terapias somáticas, cuja execução coube em grande parte a enfermagem, como será demonstrado no capítulo III e no capítulo IV.

Antes disso, analisar-se-á os motivos que levavam as pessoas a procurar um trabalho de enfermagem em hospitais psiquiátricos.

CAPÍTULO II - AS FORMAS DE INGRESSO E OS MOTIVOS QUE LEVAVAM O PESSOAL DE ENFERMAGEM A INGRESSAR NOS ESTABELECIMENTOS PSIQUIÁTRICOS PÚBLICOS BRASILEIROS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE OS ANOS 20 E 50

Da discussão realizada no capítulo anterior depreende-se que nas primeiras décadas do século XX o trabalho de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros era socialmente cercado de preconceitos por vários motivos. Em primeiro lugar, por ser associado ao trabalho manual; em segundo, por ser visto como uma atividade degradante e insalubre devido a superlotação e a deterioração em que se encontravam as próprias instituições; e, em terceiro, por ser considerado uma atividade perigosa em decorrência da suposta agressividade que caracterizaria indiscriminadamente os doentes mentais.

Além disso, os psiquiatras, dirigentes dos primeiros hospícios, possuíam uma visão desfavorável dos trabalhadores empregados naqueles estabelecimentos. Descreviam-nos como pessoas despreparadas, sem nenhuma cultura letrada, desprovidas de qualidades morais. Entendiam que o ingresso de pessoas com tais características nos estabelecimentos psiquiátricos devia-se aos baixos salários oferecidos, e que a impossibilidade de desempenhar outras atividades que exigissem maior qualificação os levava a se sujeitar ao tipo de ocupação que conseguiam em hospícios. Principalmente, os médicos reclamavam da dificuldade de encontrar pessoas que tivessem aptidão ou vocação para trabalhar com os doentes mentais, qualidades que julgavam fundamentais neste tipo de atividade.

A visão dos médicos psiquiatras e dos administradores sobre o pessoal de enfermagem que trabalhava nos hospícios apresentou poucas modificações no período compreendido entre os anos 20 e 50, mas essa é a versão desta parcela de dirigentes.

Por isso, neste capítulo discute-se a versão produzida pelos próprios agentes de enfermagem sobre os motivos que os levaram a trabalhar em psiquiatria, bem como analisam-se as formas de ingresso existentes nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Barbacena e Salvador, no período compreendido entre os anos 20 e 50. Procura-se salientar as relações existentes entre os motivos apresentados pelos entrevistados, as formas de ingresso naqueles estabelecimentos e os diversos contextos

sociais, históricos e institucionais subjacentes, das quais pôde-se depreender as principais condições que levavam os entrevistados a atuar no campo da assistência psiquiátrica.

Como se supunha ao iniciar a pesquisa, os motivos apresentados pelos informantes para justificar seu ingresso no campo da assistência psiquiátrica revelam uma diversidade de experiências pessoais que possibilitam reconstituir distintos elementos que permeavam a vida destes sujeitos, as representações sociais que se possuía sobre o trabalho de enfermagem junto aos doentes mentais e as particularidades que caracterizavam os processos de admissão nas instituições em que se inseriram.

Ao analisar a totalidade dos depoimentos, o primeiro aspecto que chamou a atenção foi o fato de que a maioria do pessoal de enfermagem entrevistada - composta por enfermeiros sem formação universitária, atendentes e auxiliares de enfermagem, guardas - atribui seu ingresso nas instituições psiquiátricas à necessidade de sobrevivência econômica. Por outro lado, salvo raras exceções, as profissionais de enfermagem alegam uma identificação com a especialidade como o principal motivo que as fez buscar um trabalho em psiquiatria.

Todavia, ao realizar-se uma análise mais minuciosa dos depoimentos, a aparente homogeneidade entre os motivos apresentados pelos sujeitos pertencentes a um mesmo segmento do pessoal de enfermagem desfez-se imediatamente, revelando, em seguida, as particularidades relacionadas às próprias experiências pessoais e ao contexto social e institucional, correspondentes aos diferentes momentos históricos e/ou locais.

Por isso, optou-se por uma forma de apresentação que, ao mesmo tempo, expressasse as semelhanças apreendidas nos diversos depoimentos, sem perder de vista as particularidades a que se referiu acima.

Assim, optou-se por iniciar a exposição pela discussão dos relatos de enfermeiras e práticos de enfermagem que atuaram nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro nas décadas de 20, 30 e primeira metade dos anos 40. A seguir, examinou-se os relatos fornecidos pelos enfermeiros práticos e atendentes que atuaram nos estabelecimentos psiquiátricos de Porto Alegre, São Paulo, Barbacena e Salvador, no período compreendido entre os anos 40 e 50. Por último, analisou-se as motivações e formas de ingresso relatadas pelas enfermeiras com formação universitária para justificar sua inserção no campo do ensino e da assistência psiquiátrica.

II.1. As motivações do pessoal de enfermagem para trabalhar nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e os modos de ingresso na Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento de Assistência a Psicopatas

No capítulo anterior, nota-se que o tratamento dado a questão da enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro adquiriu contornos bem específicos desde o final do século XIX até a terceira década desse século, uma vez que a Assistência aos Alienados (que passou a ser chamada de Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal, a partir de 1927) consistia na única organização desta natureza no país a contar com um estabelecimento de ensino destinado a formar enfermeiros e enfermeiras para os hospitais psiquiátricos, no referido período.

Disso decorre que os motivos apontados pelos entrevistados para justificar seu ingresso naqueles estabelecimentos constituam uma temática distinta da abordada pelos informantes de outros locais¹.

A discussão feita aqui baseia-se nos relatos de cinco informantes: três enfermeiras formadas pela Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e dois antigos funcionários da Colônia Juliano Moreira, que freqüentaram a seção mista daquela instituição de ensino. Com exceção de um entrevistado, todos os outros foram admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro nas décadas de 20 e 30.

Conforme mostram os depoimentos, para estas pessoas um emprego em enfermagem nos estabelecimentos da Assistência aos Alienados podia representar não só um meio de sobrevivência, mas também uma alternativa de profissionalização, numa época em que o mercado de trabalho formal era restrito e em que as oportunidades educacionais eram reduzidas para indivíduos oriundos das classes trabalhadoras, sobretudo os do sexo feminino.

Todavia, como já foi salientado, a homogeneidade que a primeira vista emerge dos depoimentos é apenas aparente. Ao analisá-los individualmente, nota-se uma diversidade de situações relacionadas ao motivo apresentado pelos informantes para justificar seu ingresso nos hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro. Assim, se em alguns casos os

¹ Além disso, os depoimentos colhidos no Rio de Janeiro distinguem-se dos demais por que, dentre todos os entrevistados localizados durante a pesquisa de campo, seus autores são os únicos informantes que atuaram nos estabelecimentos psiquiátricos entre as décadas de 20 e 30.

entrevistados ressaltam inicialmente a necessidade de sobrevivência como o principal motivo que os levou a procurar um trabalho em psiquiatria, outros atribuem seu ingresso às possibilidades de formação profissional oferecidas por aquelas instituições.

Além disso, seus relatos permitem apreender, ainda, diferentes aspectos referentes à origem social dos informantes, às condições de vida que possuíam no período, às formas de ingresso nos estabelecimentos psiquiátricos e às relações sociais nela envolvidas, assim como o contexto histórico e institucional subjacente a admissão dos mesmos naqueles hospitais.

Um exemplo da primeira situação aparece nos dois relatos expostos a seguir. O primeiro foi fornecido por uma antiga funcionária da então Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, que se tornou aluna da primeira turma da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Ela expõe os motivos que a levaram a ingressar naquele estabelecimento no início dos anos 20, relacionando-os com momentos anteriores de sua própria história de vida:

"Eu cheguei (no Rio de Janeiro) porque perdi minha mãe. Meu pai e minha irmã é que moravam em Minas (...) Estudei lá. Tinha sete anos. Fui logo para a escola, estudei. Depois eu fiquei moça e tive vontade de vir trabalhar no Rio. Então, escrevi pro meu pai e ele consentiu que eu viesse para o Rio. Então, foi uma família que morava...ela era muito nossa amiga...então eu pedi para eles e eles me trouxeram para o Rio. Ai, eles eram muito amigos da diretora da Colônia do Engenho de Dentro, dona Albertina, não é? Nesse tempo não era (ruim), não estava horrível. Então, ai, ela foi lá na casa dos tios, e eu pedi se podia trabalhar. Você? Muito menina! (disse D.Albertina). (Por)Que se eu sou desta idade e sou deste tamanho, imagina quando eu tinha o quê? Uns 16 anos? Com 16 anos, ainda não tinha bem 16 anos. Com 15 anos que eu comecei a trabalhar. Então ela disse: 'Está bem. Eu vou levar para eles (para) ver se você dá.' Eu tinha mesmo muita vontade de trabalhar e fiquei seis meses sem ganhar nada. Só para casa e comida...prá ver (ênfase) Depois de seis meses eu fui reclamar se eu tinha passado. (F disseram-lhe): 'Olha, como é que ela sabe?' Seis meses (ênfase). Como é ?' Daí, eu fiquei. Comecei a ganhar 30 mil réis. (...) "
(Enfa.M.P., p.1-2)

Questionada sobre quanto representava esta quantia, na época, a entrevistada responde:

"Era muito dinheiro(ênfase) Ih(ênfase e ironia) Dinheiro até (risos). Trinta mil réis... Ai, comecei. Depois fiquei trabalhando lá como guarda. Depois, eu fui para a enfermaria,

que ele tem uma enfermaria lá para atender os... os doentes, quando ficam doentes... tudo... as loucas, não é? Eu fui para a enfermaria, então, trabalhar. Ai foi que o Gustavo Riedel entrou, o diretor, e quis abrir a Escola de Enfermagem. Então, (ele) disse: 'Bem', - aquele pedaço que eu disse para você (pesquisadora) -: 'Se você não quiser estudar, você vai ser rebaixada e para o seu lugar vai vir uma diplomada'. Eu, então, fui obrigada a estudar e fui para a escola. Estudei quatro anos, não é? Como enfermeira." (Enfa. M.P., p.4)

É interessante discutir alguns aspectos evocados pelo relato desta enfermeira, antes de apresentar o próximo depoimento.

Diferentemente do que mostrarão as demais informantes do sexo feminino, verifica-se que o relato de M.P. indica que a "vontade de trabalhar" constituiu um determinante mais forte do que a busca de profissionalização em enfermagem. Como ficou claro acima, ela foi obrigada a cursar a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, sob pena de ser rebaixada caso não o fizesse. Por outro lado, observa-se que apesar dos baixos salários percebidos, o trabalho tornou-se atraente para a entrevistada, na medida em que oferecia algumas vantagens, como moradia e alimentação, que dificilmente seriam encontradas em outras ocupações tradicionalmente reservadas às mulheres, já que, naquela época, as oportunidades de trabalho fora do ambiente doméstico eram bastante restritas para a população feminina, conforme será discutido adiante.

Além disso, destes trechos pode-se extrair outros aspectos relacionados às vantagens que o trabalho em enfermagem oferecia nos estabelecimentos da Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal, o que, por certo, constituía um atrativo para quem neles ingressasse. Trata-se dos mecanismos de mobilidade na hierarquia hospitalar² que poderiam ocorrer ora por mérito do funcionário, ora por titulação, possibilitando aos funcionários não só aumentos salariais como também a assunção de cargos de chefia, que permitiam-lhes afastar-se das tarefas mais pesadas nos pavilhões.

De outro lado, o relato de M.P. dá importantes indicações a respeito das formas de ingresso existentes nos estabelecimentos da Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal na década de 20.

² Tema que será discutido no capítulo III, no qual serão examinados os processos de preparação empreendidos nestes estabelecimentos

Em primeiro lugar, observa-se que nem o decreto nº.508 de 21 de junho de 1890, nem o decreto nº.8834, de 11 de junho de 1911, que dispõe sobre a reorganização da Assistência aos Alienados até 1927, explicitavam as formas de admissão dos funcionários de enfermagem em seus estabelecimentos assistenciais e de ensino, gerando dúvidas com relação ao que norteava o ingresso dos trabalhadores de enfermagem em seus quadros³. O depoimento acima, bem como o que será analisado a seguir, mostra que não havia um processo de seleção devidamente estruturado (por exemplo, concursos), nem para o hospital e as colônias da Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal, nem para as diversas seções da escola de enfermagem nos anos 20.

Do que se pode concluir a partir dos mesmos, no que diz respeito a escola, os dirigentes privilegiavam sobretudo o ingresso dos próprios funcionários do Hospício Nacional e da Colônia do Engenho de Dentro, nos anos 20. Provavelmente, isso consistia mais uma estratégia, dentre outras, adotada pelos psiquiatras para adequar a formação da força de trabalho em enfermagem ao projeto psiquiátrico em andamento.

Por último, o depoimento acima chama a atenção para o fato de que, na maioria das vezes, o ingresso no hospital psiquiátrico não constituía propriamente uma escolha profissional pela especialidade. No caso de M.P., sua opção foi movida por uma série de circunstâncias que transformaram o trabalho numa possibilidade ao seu alcance, em função da rede de relações sociais em que se encontrava inserida.

Entretanto, esta situação não é singular, uma vez que reaparecerá em muitos depoimentos não só de informantes do Rio de Janeiro. De fato, revela um elemento extremamente relevante no que diz respeito às formas de ingresso nos estabelecimentos psiquiátricos: a importância das redes de relação social no ingresso dos entrevistados nos hospitais psiquiátricos do país e às demais particularidades implicadas neste processo, que serão demonstradas ao longo deste capítulo.

O depoimento transcrito a seguir retrata outro exemplo de um caso, cuja procura por um trabalho em psiquiatria deu-se, no início, exclusivamente por necessidade de sobrevivência econômica, tendo se transformado a seguir numa oportunidade de obter uma segunda profissão. Trata-se da fala de um funcionário aposentado da Colônia Juliano Moreira, que iniciou suas atividades no então Hospício Nacional de Alienados, na segunda metade dos anos 20. Sua história de vida, aqui apresentada resumidamente, dá uma idéia do

³ Nestes decretos há apenas uma referência à nomeação de funcionários dentre as competências que cabiam aos diretores das colônias e do hospício, mas não são definidos os mecanismos que a antecedem.

contexto familiar e social em que viveu e de sua experiência ocupacional anterior ao ingresso nas instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro.

"Sou filho de um casal protestante e nasci dentro daquele regime protestante. Mas meu ritmo de vida não dava para aquilo...Perdi minha mãe com oito anos e meu pai casou-se novamente com uma protestante também, porém, eu digo: para um sujeito ter uma boa mãe, tem que ser igual a minha madrasta.(...) De modo que vivi dentro daquela coisa e tal, sempre em desacordo com meu pai...Porque eu gostava de jogar bola, brincar na rua, e ele, coitado, toda vez que chegava em casa e me encontrava na rua, me pegava de vara (risos). Depois ele arranhou para eu trabalhar numa fábrica de cartuchos, aprendiz de mecânico. Fui para lá, aprendi mecânica e tal. E um dia houve uma encrenca na sessão em que eu trabalhava e depois fui desviado para uma sessão de motor(...)" (Enfo.Prát. D.C., p. 1)

Conforme ele conta, o supervisor da sessão de motores era uma pessoa bastante severa. Num determinado dia um grupo de operários decidiu fazer-lhe uma brincadeira que o deixou muito contrariado. Como o entrevistado era o operário mais jovem da sessão, foi imediatamente responsabilizado pela brincadeira, na qual não tinha realmente tomado parte. A acusação o desgostou imensamente e quando o diretor da fábrica ameaçou suspender-lhe por 15 dias, ofendeu-se por ter sido injustiçado e decidiu demitir-se. Continuando o relato, conta o seguinte:

"Ai, eu tive que ficar desempregado. E eu fiquei muito chateado. falei com um primo, que era estudante de medicina e morava lá no Hospício (Nacional de Alienados). Ai eu falei para ele. 'Você não arranja um negócio para mim?'E ele respondeu: 'Quer estudar enfermagem?'Eu disse: 'quero.'(E o primo) 'Então eu vou arranjar, vou botar você lá no hospício, tá? Você fica lá com as enfermeiras'. Ai ele arranhou e dois dias depois eu fui para lá estudar enfermagem. Morei no quarto dele e depois arranhei um quarto com outro colega. Sei que ficamos um bom tempo estudando enfermagem. Já estava no segundo ano de enfermagem, quando começou..." (Enfo. Prát. D.C., p.3-4)

Diferentemente da primeira entrevistada, observa-se que este já possuía uma experiência ocupacional anterior ao ingresso no Hospício Nacional. O fato de ter procurado um emprego naquele estabelecimento, apesar de já possuir outra qualificação, sugere que o mercado de trabalho não oferecia as mesmas vantagens proporcionadas pelos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro aos alunos da seção mista da Escola de Enfermagem, como por exemplo alimentação e moradia no próprio local de trabalho,

oportunidade de profissionalização. Ademais, novamente aqui as relações sociais são apontadas como um aspecto facilitador ao ingresso na escola e não há referência a existência de qualquer processo sistematizado de seleção, o que mostra a importância das primeiras e a ausência do último nas admissões ocorridas nos anos 20.

Os próximos dois relatos dão conta da segunda situação identificada: o ingresso nos estabelecimentos psiquiátricos como um meio de adquirir uma profissão. No primeiro depoimento, uma enfermeira, diplomada em 1933 pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e que fez inclusive o curso de visitadora social⁴, fala sobre o que a levou a trabalhar em psiquiatria:

"(Foi trabalhar na Colônia de Psicopatas) porque eu morava praticamente ao lado, morava no Encantado e a Colônia do Engenho de Dentro era no Engenho de Dentro. E eu queria uma profissão, já estava com 21 anos, em casa. Tinha terminado meus cursos, antes e tudo, e não tinha profissão definida, então eu queria uma profissão. Fui encaminhada para lá, sabe? Cheguei lá, falei com o pessoal. Foi por isso que eu fui ser enfermeira. Fiz um concurso." (Enfa. P.S., p.2)

O segundo depoimento, fornecido por outra enfermeira diplomada pela mesma escola em 1938, retrata de modo ainda mais nítido a importância que a oportunidade de profissionalização, oferecida pelos estabelecimentos psiquiátricos, representava para estas pessoas. Ao relatar sua história de vida ela diz:

"Não fui trabalhar com psiquiatria. Eu fui trabalhar pela escola, na escola, por que na época não recebia sem diploma. Naquela época eu fui, não escolhiam sem diploma. Não queriam. Independente disto, eu não tinha diploma de ginásio. Eu tinha o ginásio, mas não cheguei a tirar o diploma. Ai, mas, em todo o caso, a gente fazia uma prova, e, se passasse, entrava. Mas não me aceitaram (na Colônia do Engenho de Dentro). Daí, eu fiquei... mas eu queria... Eu tinha vontade de estudar para enfermeira (ênfase). E eu tinha uma amiga de minha madrinha, que teve apendicite supurada e ela fez a operação lá no Hospital Evangélico. E aí, então, lá trabalhava uma moça, uma enfermeira. Ela não era enfermeira, mas trabalhava como enfermeira. Não sei o nome dela, eu não me lembro. Ela então me disse: 'Porque você não vai para lá?' E eu, então, não sabia nem para que Hospital tinha que ir. Eu então disse: 'Tá bom.' Fui lá..." (Enfa. P.B., p.1).

⁴ Trata-se do curso organizado por Gustavo Riedel, a partir de 1923, com o objetivo de preparar visitadoras para implementar os Programas de Higiene Mental adotados no Rio de Janeiro, cujas características serão expostas no primeiro tópico do capítulo III.

Portanto, nestes casos, decididamente o ingresso nos hospitais psiquiátricos tinha menos a ver com uma identificação com tal especialidade do que com a possibilidade de profissionalização que os mesmos ofereciam, numa atividade que adquiriu certo prestígio social, a medida que passou a requerer preparo formal. Como mostra outro trecho do depoimento da Enf^a. P.B., o trabalho de enfermagem passou a ser visto pelas mulheres oriundas das classes trabalhadoras como uma atividade diferente das demais ocupações tradicionalmente exercidas por elas. Questionada sobre se naquela época já possuía alguma ocupação, a entrevistada declara:

"Não, não tinha não. Eu trabalhava como bordadeira, trabalhava a mão. Mas eu estava cansada. Tinha uma dor nas costas, uma dor...(ênfase) E no peito? Que tinha dia que eu não podia me deitar de tanta dor nas costas e no peito. Bordava a noite inteira, e tinha aquela tarefa, tinha que entregar, não é? Aqueles lençóis, aquela coisa toda. Então, eu resolvi. Vou fazer, vou estudar. Porque a minha madrinha não queria que eu fosse, que eu estudasse para enfermeira. Mas eu dizia: Vou estudar. Minha madrinha já morreu. Tá lá com Deus. Tá descansada de tudo daqui. Eu ainda guardei uns tempos a vontade dela. Mas depois eu disse: 'Eu vou é estudar(ênfase).' Dai, eu fui. Meti as caras. Fui e estudei."
(Enf^a. P.B., p.2-3).

Considerando que até a primeira metade do século XX as ocupações alternativas às atividades de natureza doméstica e as oportunidades educacionais eram extremamente reduzidas para os contingentes femininos da população, sobretudo para os que pertenciam às classes trabalhadoras (Hahner, 1981; Saffioti, 1976), não causa surpresa que o trabalho em enfermagem fosse percebido pelas entrevistadas como um instrumento de melhoria de sua qualidade de vida, proporcionado pela educação.

Pelos depoimentos analisados até agora, pode-se chegar a três motivos básicos para a busca de trabalho em enfermagem. Com a criação das escolas, a enfermagem tornou-se profissão e adquiriu uma certa valorização social, tornando-se uma alternativa de profissionalização não só para as mulheres que pertenciam às classes sociais dominantes - que constituíam a clientela do curso de enfermagem da Cruz Vermelha, criado em 1916, e da Escola de Enfermeiras Anna Néry, inaugurada em 1923, de acordo com o que habitualmente é ressaltado na literatura (Silva, 1986) -, como também para as provenientes das classes trabalhadoras - população absorvida pela Escola Profissional de Enfermeiras da Assistência aos Alienados, desde o final do século XIX.

Um outro motivo é porque a enfermagem passou a ser associada ao trabalho intelectual pelas mulheres que pertenciam as classes menos favorecidas. O sentido de tal colocação pode ser melhor compreendido se for considerado que para as mulheres pobres o trabalho de enfermagem não possuía a mesma conotação que lhe fora atribuída pelas classes dominantes. Embora estas vissem-no como uma atividade de menor prestígio social, associando-o ao trabalho manual, já que consistia no cuidado direto ao doente, as entrevistadas percebiam-no como um trabalho intelectual, pelo fato de sua realização exigir uma formação obtida mediante escolarização específica.

O outro motivo é que para as alunas da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto - cuja origem de classe e grau de escolaridade não lhes permitia aspirar à profissões mais valorizadas socialmente como, por exemplo, a medicina, a farmácia e, até, o curso de enfermagem da Escola Anna Nery -, a profissão de enfermeira representava uma oportunidade de ascensão na hierarquia das ocupações femininas somente possibilitada pelo magistério primário e pelas chamadas atividades comerciais, por razões que serão discutidas a seguir.

Segundo assinala Saffioti (1976, p.213), durante a Primeira República (período compreendido entre 1890 e 1930), o sistema de ensino existente no Brasil pouco favoreceu a instrução e a profissionalização feminina. A nível da educação básica e da secundária, o Estado brasileiro teve uma atuação meramente supletiva, o que possibilitou a expansão numérica de estabelecimentos de ensino particulares, majoritariamente mantidos pela Igreja católica, permitindo que esta aprofundasse o domínio que já possuía no setor educacional. Com isso, manteve-se a exclusão de amplos segmentos da população feminina, principalmente provenientes das classes trabalhadoras, que não dispunham de recursos para financiar sua própria educação. Para estas mulheres, as oportunidades de instrução e profissionalização ficaram limitadas à oferta de vagas e de cursos existentes nos poucos estabelecimentos oficiais de ensino da época, dos quais a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto é um exemplo.

Uma análise mais detida das características apresentadas por tal sistema de ensino ajuda a compreender muitos dos aspectos trazidos pelos depoimentos.

Até 1930, havia dois sistemas paralelos: um, que constituía o nível elementar e destinava-se à educação popular, era composto pelo ensino primário, normal e técnico-profissional. Outro, destinado às elites, era constituído pelo ensino secundário e pelo superior. Este tipo de organização do ensino dificultava extremamente a profissionalização

feminina em carreiras mais valorizadas socialmente, já que o ensino primário só dava acesso direto ao ensino normal e ao técnico-profissional - que por suas características, na época, preocupavam-se mais em preparar as mulheres para assumirem atividades domésticas - e estes não permitiam o acesso direto aos sistemas secundário e superior.

Além disso, no que diz respeito ao ensino primário, as escolas mistas só foram admitidas no final do século XIX e o número de estabelecimentos de ensino destinados exclusivamente às meninas era extremamente reduzido, além de serem, em sua maioria, particulares, o que dificultava o acesso às classes menos favorecidas⁵. Até a década de 30 houve uma relativa expansão dos estabelecimentos de ensino primário oficiais; contudo, esta não favoreceu efetivamente a democratização da educação popular. Para se ter uma idéia das dificuldades enfrentadas pelas mulheres para obter requisitos mínimos que lhes permitissem ascender aos outros níveis de ensino, basta dizer que, em 1940, somente 43,1% da população brasileira era alfabetizada, sendo que, deste total, 48,3% correspondia ao sexo masculino e 38%, ao sexo feminino (Saffioti, 1976, p. 215).

Até as primeiras décadas do século XX, embora existentes em pequeno número, as Escolas Normais pertencentes ao sistema oficial representavam uma das poucas opções de continuidade do ensino elementar para o sexo feminino (Saffioti, 1976). No entanto, seu caráter profissionalizante fora limitado pela concepção dominante de papel feminino na sociedade da época. No período compreendido entre as duas últimas décadas do século XIX, quando foi criada, e a década de 30, a Escola Normal teve como finalidade preparar suas alunas para o casamento e para a educação dos filhos, sendo "*procurada por moças sem intenções de desempenhar as atividades profissionais a que lhes daria direito o título de normalistas e que a ela acorriam em busca de uma cultura geral mais ou menos equivalente ao ensino secundário.*" (Saffioti, 1976, p. 222). Além disso, pelo seu caráter terminal, não proporcionavam o acesso direto nem ao ensino secundário e superior, nem a certos cursos profissionalizantes. A Escola de Enfermeiras Anna Néry, por exemplo, além de exigir a comprovação da conclusão do normal, requeria para a matrícula a comprovação da aprovação da aluna em exames realizados pelo Ginásio Pedro II, ou a realização de provas, cujo conteúdo era o mesmo exigido nos exames deste estabelecimento oficial, conforme se verifica no prospecto de 1931 da referida escola.

Mesmo os estabelecimentos de ensino técnico-profissional (outra via de acesso possível à profissionalização) não proporcionavam às mulheres uma formação que lhes

⁵ Outra alternativa para instrução feminina era o ensino domiciliar; porém seu elevado custo transformava a educação num artigo de luxo, acessível apenas às filhas das famílias da elite. Ver Saffioti (1976).

permitisse a inserção no mercado de trabalho em igualdade de condições com o sexo masculino, uma vez que elas constituíam a porção majoritária da clientela que frequentava os cursos rápidos por exemplo, datilografia e taquigrafia) oferecidos por aquelas instituições (Saffioti, 1976, p. 221).

Portanto, conforme assinala Saffioti (1976), o ensino feminino pós-primário tinha um cunho doméstico, não capacitando as mulheres efetivamente para exercer uma profissão, sendo que no plano intelectual não possibilitava a elas condições de equipararem-se ao sexo masculino.

Por outro lado, mesmo às mulheres provenientes das famílias mais abastadas, o acesso ao ensino superior era extremamente dificultado, apesar de autorizado legalmente desde 1882. Conforme Hahner (1981, p.68), as dificuldades para ingressar no ensino superior eram tão grandes que apenas uma moça conseguiu concluir o curso de direito e duas o curso de medicina até o final do século passado, no Rio de Janeiro. A necessidade de comprovação da formação secundária foi a principal barreira enfrentada pelas moças que almejavam as profissões de maior prestígio social. Como o ensino secundário feminino era monopolizado pelas escolas religiosas e estas não eram equiparadas às oficiais, as moças eram obrigadas a prestar exames que comprovassem sua capacitação para realizar um curso superior (Saffioti, 1976, p.219).

Diante do exposto, conclui-se que a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto significava uma singular oportunidade de profissionalização para as jovens que não dispunham de recursos financeiros, pois oferecia-lhes vantagens que dificilmente seriam obtidas em outros estabelecimentos de ensino pós-primário. Contudo, a despeito da gratuidade do ensino, da existência do internato e até mesmo da remuneração extra recebida pelas alunas internas, as condições de vida das candidatas podiam ser tão desfavoráveis que por si só representavam uma barreira à realização do curso, como se pode verificar a seguir:

"Passei (ênfase). Mas eu... Minha mãe recebia do meu padrasto 5000 cruzeiros. Agora, nós... Ela tinha a casa. A casa era dela. Mas não tinha 5000 cruzeiros que dava para duas pessoas viver, para comer, para morar... Não dava (ênfase). E eu, então, fui na Alfredo Pinto, para justamente ficar interna. Eu queria ficar interna (ênfase). Ai, eu cheguei lá, me inscrevi e tal, e passei tudo...Quando foi no...Quando eu fiz os exames, passei, saiu a lista. Eram quinze internas e quinze externas. As externas não ganhavam nada e as internas ganhavam 15000 cruzeiros. Além de interna ainda ganhava, e a gente externa não ganhava nada. Dal eu fui. Bom, vou desistir (pensou). E quem ia me

sustentar? Eu morava em Grajaú, para ir para o Engenho eram duas conduções, aliás, três conduções que tinha que tomar. Como é que eu ia arranjar um emprego? Eu disse: 'Bom, então eu vou desistir. Mas é que eu estava na casa da mãe do meu padrinho, onde eu fui criada, não é? Eu estava com a minha mãe, mas eu estava sempre lá. Fui criada lá. E eu, quando fiz os exames, tudo, eu fui para lá. Meu padrinho morava no Grajaú, morava lá há tempos, na casa da mãe dele. Ele morava numa rua, a mãe dele morava na outra rua ali. Daí, eu fui. Quando eu fui, saiu a lista das classificadas. Eu fui ver, sai em vigésimo sétimo lugar. Passei. Daí, cheguei em casa. Essa diaba, que eu tô dizendo que tinha lá, morava com a avó. E ela era sobrinha do meu padrinho. E ele se interessou por mim, tirou os papéis todos para mim e tudo o mais. Mas, aí, ele foi lá, e perguntou: 'Como é? Passou?' E ela disse assim: 'Passou, mas ela não vai conseguir cursar não (ênfase)' E ele disse: 'Por que?' (E ela respondeu): 'Por que ela passou no externo e ela não tem dinheiro. Como é que ela vai fazer todo dia para ir todo dia para a escola? Não tem dinheiro (ênfase).' (E o padrinho respondeu): 'Ah, não. Ela pode entrar 'O pior ela fez, passou. Não. Diz pra ela que ela vai se matricular, vai fazer tudo que eu ajudo. Eu ajudo.(...).' Então, aí, eu tomei coragem. 'Bem, (pensou), ele vai ajudar.' E fui (ênfase)" (Enfa. P. B., p. 2-3)

A partir dos próximos dois trechos dos depoimentos, verifica-se que o processo de ingresso do pessoal de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro mereceu um tratamento diferente a partir dos anos 30. Ao detalhar o processo de seleção a que foram submetidas na referida escola, as entrevistadas explicam:

"Teria que fazer um concurso, teria que apresentar lá uns documentos, documentos estes que eu custei a arranjar. Que me disseram que era um atestado de identidade e aí, fui no distrito saber. Não sabia como era, não é? Foi muito difícil (ênfase). Fui lá, fui saber como se tirava o atestado de conduta e, depois de tudo pronto, é que eu vim e entreguei na escola. Foi em 1930 (...)." (Enfa. P.S., p. 2)

"Daí eu fui, um dia, eu fui. Cheguei lá, ela disse: -Tem que fazer o exame. Tenha ou não o diploma (de ginásio), tem que fazer o exame. Se passar na prova, muito bem. Eu não sei em que mês era. E ela me disse: -Em março você traz... Uma porção de coisas que tinha que trazer (ênfase). Até atestado de polícia tinha que ter e levar. Quando foi em março, eu levei tudo. E passei. Aí, agora, eu vou contar a tragédia." (Enfa. P.B., p.4)

A descrição feita pelas entrevistadas indica que a admissão na Escola Profissional de Enfermeiras da Assistência aos Psicopatas sofreu modificações em relação ao período

anterior, transformando-se num processo formal e sistemático de seleção, inexistente até então. O exame do contexto institucional da época evidencia que as alterações formais imprimidas aos processos de seleção para a Escola Profissional de Enfermeiras não constituíram uma medida isolada, mas fizeram parte de uma estratégia mais ampla de redefinição do próprio funcionamento dos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro. Neste sentido, é interessante lembrar que, a partir de 1927, a Assistência aos Alienados passou por um processo de reorganização, que culminou na mudança de sua denominação para Assistência aos Psicopatas e na modificação de seu regulamento.

Por outro lado, os depoimentos evidenciam um aumento do grau de exigência em relação ao nível de escolaridade dos candidatos, pois, desde 1890, era-lhes exigido apenas que soubessem ler e escrever e que possuíssem conhecimentos de aritmética, além da apresentação de atestado de bons antecedentes (Moreira, 1990). Ao contrário, a partir da década de 30, já para a inscrição no processo de seleção, os candidatos deveriam comprovar escolaridade elementar, em conformidade com os procedimentos previstos para inscrição e matrícula na escola, estabelecidos no regulamento da Assistência aos Psicopatas, através do decreto nº.17.805, de 23 de maio de 1927.

A adoção de concursos e a redefinição de pré-requisitos que deveriam ser apresentados pelos candidatos, expressa pelo aumento do grau de exigência com relação a formação moral e ao nível de escolaridade dos candidatos, mostram que os processos de seleção para aquele estabelecimento de ensino tornaram-se mais rigorosos no referido período. Pensa-se que tal rigor expressava a intenção dos dirigentes em dificultar o ingresso na Escola aos indivíduos que não apresentassem as características que julgavam necessárias às enfermeiras que se dedicavam ao cuidado de doentes mentais. É preciso ressaltar que, nos anos 30, os dirigentes das instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro depositavam uma forte expectativa na formação do pessoal de enfermagem, considerando-a um elemento fundamental para a implementação de uma assistência de enfermagem mais condizente com padrões científicos adotados pela psiquiatria nos hospitais governamentais e para a melhoria do atendimento ao doente mental. Um forte argumento para mostrar a validade destas afirmações é o fato de que, como foi visto antes, a conclusão do ensino primário não era uma condição facilmente obtida pelas pessoas provenientes das classe menos favorecidas, o que provavelmente reduzia bastante o número de candidatas aptas a preencher os requisitos relacionados à escolaridade.

Todavia, a preocupação com as características morais dos candidatos parece ter sobrepujado, na prática, as exigências em relação à escolaridade, pelo que se pode

depreender dos depoimentos - nos quais, não por acaso, a memória das entrevistadas recai sobre a obrigatoriedade de apresentação do atestado de idoneidade moral fornecido pela polícia, apontando-o como um exemplo do rigor que marcava os processos de admissão na escola. Os motivos que levaram a inclusão deste requisito no processo de seleção serão discutidos quando forem analisadas as condições exigidas para matrícula na Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado do Rio Grande do Sul.

Por enquanto, dir-se-á apenas que tais exigências estavam relacionadas a determinado aspecto que caracterizava o contexto histórico em que viviam as entrevistadas. Tratava-se de uma época em que principalmente o comportamento das mulheres oriundas das classes trabalhadoras era constantemente posto em dúvida ⁶ e em que os padrões morais eram bastante rígidos, a ponto de qualquer desvio em relação aos mesmos ser associado a atos imorais, à prostituição, etc. (Soihet, 1989). Afora isto, é necessário levar em conta que, por sua origem social, aquelas mulheres eram objeto das mesmas estratégias de controle e disciplinamento a que as classes dominantes submetiam o conjunto da população, sobretudo as classes trabalhadoras (Rago, 1985; Marques, 1992), daí a exigência de atestado que comprovasse sua idoneidade moral.

Em relação às modificações por que passaram os processos de seleção nos anos 30, um último aspecto que merece comentários é a constatação de que, a partir de então, os funcionários do Departamento de Assistência aos Psicopatas deixaram de ser a clientela preferencial da Escola Profissional de Enfermeiras. Observa-se que, somada a outras medidas administrativas, que serão objeto de discussão em outro momento deste estudo, esta reorientação da clientela gerou uma situação bastante contraditória, na medida em que o pessoal que permaneceu nos estabelecimentos psiquiátricos deixou de receber qualquer preparo formal específico para lidar com os doentes mentais, enquanto os(as) enfermeiros(as) diplomados pela Escola Profissional, poucos anos após a formatura, abandonaram tais instituições, a medida em que iam sendo absorvidos por hospitais governamentais de outras especialidades ⁷. Além disso, diferentemente do que ocorria no

⁶ Observa-se que naquele período havia um preconceito muito forte em relação às mulheres que procuravam ocupações fora do âmbito doméstico, ainda que estas atividades fizessem parte do limitado universo das profissões tradicionalmente femininas, segundo Saffioti (1976), até as primeiras normalistas foram vistas pela sociedade do final do século passado como pessoas sem moral.

⁷ Na continuidade de seus depoimentos, duas das três entrevistadas revelaram que permaneceram trabalhando na Colônia pouco tempo após a formatura, quando então ingressaram como enfermeiras em outros hospitais da rede pública, em geral clínicos. Segundo explicaram, estes ofereciam melhores condições de trabalho do que os hospitais psiquiátricos.

estabelecimento de ensino, nos demais serviços do Departamento de Assistência aos Psicopatas não existiam processos formais de seleção.

Entretanto, esta não foi a única contradição que perpassou os processos de seleção à Escola Profissional de Enfermeiras do Departamento de Assistência aos Psicopatas. De acordo com o que se apreende ao longo dos relatos, as barreiras encontradas pelas candidatas na etapa de inscrição apenas prenunciavam as dificuldades que surgiriam na fase de matrícula.

Apesar do rigor que os dirigentes imprimiam à fase anterior, contraditoriamente, a classificação no concurso e os respectivos direitos que este supostamente asseguraria aos candidatos não eram necessariamente respeitados quando da implementação dos resultados do processo seletivo, como mostram trechos dos depoimentos reproduzidos abaixo.

"Comecei (o processo de seleção), passei,...Por sinal, tive muita dificuldade por que eu passei, passei na escola, lá dei meu nome. Fui classificada como em oitavo lugar. Teria direito à internato, naquele tempo nós tínhamos internato gratuito e remunerado, sabe? E todas já sabiam. Então, como eu não tinha ninguém que me apresentasse, eu mesma fui me apresentar. Me botaram esta dificuldade, foram colocando as primeiras e me deixaram para o fim. E aí, me chamaram e me disseram: 'Dona P., a senhora tem uma vaga de interna, a senhora tem direito, mas tem uma senhora viúva, que mora em Rio Claro, que passou também, mas não tem direito a vaga (de internato). Mas, se a senhora ficar nesta vaga, não ceder para ela, ela não fará o curso de enfermagem.' Eu então, que morava ali perto da escola, fiquei externa e cedi a vaga para aquela colega, que se chamava M.E., hoje já morreu...Aí eu comecei a ficar externa. As externas eram assim..."
(Enfa. P.S., p. 2)

"Comecei a frequentar. Quando foi no dia que saiu a lista das aprovadas e a inspetora, Dona Edelvina, marcou o dia pra gente ir, que ela ia arrumar tudo pro lugar, arrumar a turma para a classificação, eu fui. No dia da classificação eu fui. Eu já tinha dito que iria ajudar e fui. Cheguei lá, tudo muito bem...Eu sempre fui bagunceira mesmo. Eu gostava muito de brincar. E eu estava no meio lá, brincando e tudo o mais...E ela chamou as quinze primeiras para subir, para ela arrumar. E quando ela chamou as quinze primeiras, eu fiquei lá embaixo, brincando, orientando e tal. Quando é daqui a pouco, elas subiram. E, daqui a pouquinho me chamaram...Elas diziam: 'P., a enfermeira está te chamando (ênfase)' E eu digo: 'Vocês querem gozar as minhas custas?' Que eu tenho este negócio...A gente quando ainda é aluna é...Como é que se diz? Eu já estou meio

esquecida, não me lembro... Ah (ênfase) Quando entra, não é? É calouro (ênfase) Que eles ficam juhando dos calouros, ficam fazendo, não é? E eu pensava... e dizia: 'Eu é que não vou lá. Vocês pensam que eu sou o que? Eu vou atrás de vocês...' Quando eu vou subir lá, a Dona Edelvina está dizendo: 'A nossa aula é lá em cima, as salas de aula. Ai tinha que subir uma escada. Era no Engenho de Dentro. (E conta): 'Ai, a mulher tá chamando (ênfase) E eu estou quieta. Não vou não (ênfase) Vocês vão rir, mas não às minhas custas (ênfase)' Mas, Dona Edelvina está chamando você (diziam as colegas). Ai, daí a pouco a Dona Edelvina chegou e gritou: 'P.B'. Ai, eu fiquei descontrolada (ênfase) Digo, o que é que eu vou fazer lá em cima? É as primeiras e eu não sou primeira. Ai, quando eu subi e cheguei na sala, ela disse: 'Sétimo lugar' (ênfase) E eu fiquei olhando, para ela... E ela disse: 'Eu não tenho nada com isso (ênfase). Foi a lista que eu recebi e a que eu estou fazendo. Não tenho nada com isto' (ênfase). E eu fiquei olhando para ela. Sétimo lugar (ênfase). Era vigésimo sétimo (ênfase). Mandaram me chamar no sétimo lugar. Que negócio é este? Não, a senhora sempre foi o sétimo lugar (disseram-lhe). Quando eu sai, as colegas todas ficaram revoltadas e iam fazer matar e acontecer... Porque era um desaforo (ênfase) E eu digo: 'Não, deixa, não faz nada não (ênfase)'. Procuramos o diretor. Por sorte que ele estava lá. Era o Dr.... Agora me esqueci o nome dele... Britas, era o diretor da escola. Ele tinha outras funções lá. Mas era o diretor. E elas foram. Ele estava lá, ainda não tinha saído. Ele disse... Ai arranjaram uma desculpa: Não, porque eu tinha uma mancha no pulmão, e não sei o que... que me mandar no meio das outras não podia... E, na desculpa dele, eu fiquei mesmo como sétimo lugar (ênfase). E sabe que eu fiz o primeiro ano, o segundo ano, todo em sétimo lugar? Só fui para o terceiro lugar no terceiro ano. Naquele tempo eram dois anos em seguida, e um ano (a mais) era visitadora. Então eu fiz três anos..." (Enf.P.B., p.5).

Como se pode apreender dos depoimentos, as regras que marcavam o dia-a-dia institucional eram pouco obedecidas. As relações sociais eram permeadas por preferências pessoais e por práticas de padronagem⁸, acarretando a obtenção de privilégios para determinados indivíduos em detrimento de outros. No primeiro depoimento, a afirmação: "então, como eu não tinha ninguém que me apresentasse, eu mesma fui me apresentar" é exemplar para compreender de que forma se desenvolviam as relações sociais no interior da instituição

⁸ Tal expressão é utilizada por Matta (1980), para descrever certo tipo de relações sociais, baseadas no apadrinhamento, presentes na sociedade brasileira. Segundo este autor "revela a complexa convivência de um forte sistema de relações pessoais, embaraçado a um sistema legal, universalmente estabelecido e altamente racional (...). De fato, aqui temos a prova de que o sistema legal (importado e aplicado com toda força) pode ser sistematicamente deformado pela moralidade pessoal, de modo que sua aplicação não se faz num vazio, mas num verdadeiro cadinho de valores e ideologias." (Matta, 1980, p.193)

de ensino e o peso que as relações de caráter pessoal assumiam no processo de ingresso na escola, a revelia de critérios estabelecidos através dos dispositivos legais. Enfim, a confusão e a indefinição que caracterizava a segunda fase dos processos de ingresso na escola, nos quais as classificações dos candidatos eram modificadas a qualquer momento sem justificativas razoáveis, revela que, na prática, o aparente rigor da primeira fase tinha tão somente por objetivo bloquear a entrada daqueles que não se adequavam ao perfil projetado pelos psiquiatras para a clientela da escola.

Finalmente, importa assinalar o que os entrevistados revelaram sobre o que se pensava naquela época sobre doença mental. Segundo a entrevistada que ingressou na Colônia do Engenho de Dentro nos anos 20:

"(...)Quando eles estavam calmos ninguém tinha medo. Queriam até que elas fossem trabalhar na casa delas. Agora, quando elas estavam furiosas, elas iam para a sala Paulo Costa...Elas fugiam...A gente ia na rua correndo apanhar. Elas entravam pelas casas dos outros, não é?E eles então faziam sinal que elas estavam mal. Que para falar, eles ficavam com medo que elas ouvissem e avançassem(...)" (Enfa.M.P., p.4)

O entrevistado que ingressou na Colônia de Jacarepaguá no início dos anos 40 oferece uma versão semelhante sobre a visão que as pessoas geralmente tinham do doente mental:

"Naquela época, eles tinham o doente mental como se fosse fera de um jardim zoológico, uma coisa qualquer. Todos tinham medo de passar diante da Colônia Juliano Moreira. Eles tinham muito medo do doente mental, porque achavam que o doente mental era agressivo. Na realidade tinham alguns deles que eram agressivos, mas porque ainda não tinham passado por uma triagem, por um tratamento. Era isso. Na realidade era isso que acontecia, quando eu vim logo de início para aqui." (Aux.Enf. A.B., p.18)

Outra entrevistada expõe uma versão contraditória sobre a mesma questão, que no entanto revela uma associação da loucura com as doenças transmissíveis e sugere que o preconceito em relação a mesma diferia de uma classe social para outra em um dado momento histórico. Perguntando à entrevistada o que se pensava sobre doença mental na época em que iniciara seu trabalho em psiquiatria, e se havia ou não preconceito em relação a quem trabalhava com doentes mentais, já que espontaneamente ela não o referia, ela disse:

"Nada(ênfase). Até hoje ninguém tem muito nada não (ênfase). Só as Anna Néry que tinham. Mas, de resto não. Eu morava com umas amigas minhas. E a mãe delas é que era

um bocadinho implicante. Porque ela tinha medo. Porque os nossos aventais eram lavados lá, na enfermaria, no hospital. E nós tínhamos, quando iam lidar com as doentes, roupão para isolamento. E enfiava aquilo, e tinha que dar conta das doentes, acamadas, tudo..."(Enfa.P.B., p.8)

Portanto, os quatro depoimentos mostram que a inserção dos entrevistados no campo da assistência psiquiátrica e seu ingresso na Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras não decorria de um interesse particular ou especial pelo trabalho com doentes mentais, mas ora pela necessidade de obter um emprego que lhes proporcionasse condições de sobrevivência, ora pela necessidade de buscar uma profissionalização numa carreira que oferecia maior reconhecimento social à mulher, legitimado pela escolarização, e uma possibilidade de sobrevivência fora dos limites domésticos e das ocupações tradicionalmente assumidas pelas mulheres pobres.

Além disso, mostram que tanto homens, quanto mulheres provinham da classe trabalhadora e todos possuíam nível de escolaridade elementar. Alguns já possuíam algum tipo de inserção formal ou informal no mercado de trabalho, anterior a sua admissão nos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência aos Alienados, sem dispor, no entanto, de qualquer experiência ocupacional prévia relacionada à enfermagem.

11.2. As motivações do pessoal de enfermagem e os modos de ingresso para trabalhar nos estabelecimentos psiquiátricos de Porto Alegre, São Paulo, Barbacena e Salvador

Como mostram os depoimentos deste grupo, composto por enfermeiros sem formação universitária, auxiliares de enfermagem, atendentes e guardas, que atuaram nos hospitais psiquiátricos governamentais de Barbacena, Porto Alegre, Salvador e São Paulo, sob alguns aspectos, comprova-se a pertinência do já mencionado discurso dos dirigentes das instituições psiquiátricas sobre a situação do pessoal que procurava um trabalho em enfermagem neste tipo de estabelecimento, na primeira metade do século XX. De fato, a ausência de preparo formal em enfermagem e o baixo grau de escolaridade eram condições que caracterizavam a maioria daquelas pessoas.

Pôde-se verificar que, dentre os entrevistados, eram raros (somente dois) os que possuíam uma formação ou experiência prévia em enfermagem, ratificando um fenômeno já detectado no Relatório Final do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem

no Brasil-1956/1958. Neste documento (Associação Brasileira de Enfermagem, 1980, p. 91), chamava-se atenção para o fato de que, em 1957, de um total de 5526 pessoas que compunham o pessoal de enfermagem atuante nos 142 estabelecimentos psiquiátricos existentes no país, 5139 (93% do total) eram atendentes; 157 (2,8% do total) eram práticos de enfermagem; 97 (1,75% do total), auxiliares de enfermagem, e 133 (2,4%), enfermeiros, o que indicava a predominância de trabalhadores sem preparo formal na administração de cuidados diretos aos doentes mentais internados ⁹.

Os relatos abaixo indicam os motivos que os profissionais mencionados acima alegaram para justificar seu ingresso, respectivamente, no Hospital São Pedro de Porto Alegre, em 1950, após ter realizado um curso de enfermagem na Escola Osvaldo Cruz, em São Paulo, e no Hospital Juliano Moreira- Salvador, em 1949, depois de ter se diplomado como visitadora sanitária.

"Bom, eu já era enfermeiro formado pela Escola Osvaldo Cruz. (...) Em São Paulo. Bom, eu resolvi abraçar esta profissão de enfermagem, porque eu gostava, achava que era uma boa. Naquela época, a gente tinha a Medicina Comunitária (sic) e se dedicava mais. Eu precisava trabalhar e resolvi entrar para a área de saúde no São Pedro. Quando eu vim trabalhar aqui, como funcionário, eu pensei em enfermagem psiquiátrica, que se precisava mais que enfermagem comum. Então, eu fiz o curso de assistência psiquiátrica (sic), antigo, e hoje é meio difícil, pois existem poucas como naquela época." (Enfo. V. B., p.1)

"(Quando começou a trabalhar), fui nomeada para trabalhar em Jequié (cidade do interior baiano), no Hospital Governador Valadares, um hospital regional. Então, eu trabalhava, morava aqui (em Salvador), aqui me criei, estudei aqui, minha família toda é daqui. Então, eu queria vir embora para cá, mas só podia vir por permuta. Já trabalhava há dois anos (em enfermagem) no hospital de Jequié, quando aí me disseram: 'Olha A., você vai no Juliano, porque o diretor está botando muita gente, está fazendo concurso...' Aí eu fui, conversei com ele, disse a minha situação, que eu morava aqui, tinha

⁹ Dentre inúmeros outros fatores relacionados a absorção de trabalhadores de enfermagem sem qualificação específica nos estabelecimentos psiquiátricos do país, é preciso considerar que as primeiras escolas de auxiliar de enfermagem, que admitiam candidatos com escolaridade primária, foram criadas no Brasil somente nos anos 40, e que, entre 1941 e 1956, foram conferidos um total de 2103 certificados pelos 28 cursos existentes no território nacional, dos quais somente 29,9% procediam de escolas governamentais. *Menos ainda em 1957 os auxiliares de enfermagem compreendiam apenas 5% do total do pessoal de enfermagem empregado nos 1390 estabelecimentos hospitalares (gerais, maternidades e especializados, nos quais eram incluídos os psiquiátricos privados e governamentais) existentes no país.*

minha família aqui, que eu trabalhava lá no sudoeste, era muito longe, só vinha aqui de ano em ano. Ele disse: 'Vamos comigo à Secretaria de Saúde'. Eu disse: Olha, doutor, eu já fui lá, falei com o secretário, ele disse que não podia fazer uma transferência, só uma permuta. Eu não tenho quem queira mudar para lá. Ele disse: 'Não, não tem problema. Porque ele entrava assim, ele tinha carta branca. Ai, quando chegamos na Secretaria (de Saúde), o secretário disse assim: 'Mas, eu já não disse à senhora que é impossível a senhora ser transferida?' O diretor do hospital respondeu: 'Não, eu não estou pedindo a transferência de dona A., eu já fiz aqui dois ofícios, ela já leu. Esse aqui é dela pedindo demissão de lá e esse daqui é você nomeando ela para o Juliano Moreira.' Ai, o secretário ficou desarmado, na mesma hora assinou. Ai, o diretor me olhou e disse assim para mim: 'Só tem uma coisa. A senhora vai perder suas férias para ocupar o lugar.' Eu queria ficar aqui. Ai, eu disse assim: 'Doutor, eu nunca trabalhei com doente mental.' Ele respondeu: 'A senhora vai trabalhar, vai ter colegas muito boas. Só depende de a senhora ser educada, ter maneira de falar com o paciente e ser realmente isso que a senhora é, uma enfermeira. Se a senhora trabalhou em hospital clínico, sabe como trabalhar com o paciente. Pronto.' "

E- E quando a senhora fez o curso de enfermagem não havia psiquiatria?

" Não. Era só cirurgia, clínica médica, epidemiologia, higiene geral e os cuidados de enfermagem." P- Então a senhora não escolheu trabalhar em psiquiatria, foi por acaso. " Não, não por acaso. Por necessidade de ficar aqui." (Vis. San. A.R.F., p. 12)

Outra informante, que formou-se como auxiliar de enfermagem, relata que ingressou no Hospital Juliano Moreira, em Salvador, porque:

"Primeiro, que minha mãe já era funcionária do hospital. Ela aposentou lá no Juliano. E, na época, eu era mocinha e queria fazer enfermagem, porque eu sempre gostei. E fui trabalhar em enfermagem, porque, também, precisava ganhar. Trabalhei dezoito anos no Engenho Velho em enfermagem. Depois sai, fiz um curso de eletroencefalograma. Comecei a fazer eletro. Mas, como sempre, sempre lidando com o paciente." (Aux. de Enf. A.A.R., p.1)

Note-se que, nestes casos, apesar dos entrevistados terem dito que gostavam de enfermagem, a procura por um trabalho em psiquiatria esteve relacionada à necessidade de sobrevivência ou a situações ocasionais a ela relacionadas, de modo semelhante ao que seria relatado pelos demais entrevistados do grupo, cujos depoimentos serão analisados a seguir.

Ao ser questionado sobre o que o levava a trabalhar em psiquiatria, um dos entrevistados de Porto Alegre fez uma colocação que pode sintetizar o posicionamento expresso de forma menos elaborada nos demais depoimentos. Tendo ingressado no Hospital São Pedro, em 1939, e sendo um dos raros enfermeiros diplomados pela Escola Profissional de Enfermagem Psiquiátrica da Assistência a Psicopatas do Estado do Rio Grande do Sul vivo, ele explica o seguinte:

"Olha, leigo, sem conhecimento nenhum, eu nem sabia o que era doente mental. E (entrei) simplesmente porque eu precisava de um emprego. E, naquela época era tudo; aquelas pessoas que procuravam o hospital, não era por um ideal ou...mas simplesmente pela necessidade de trabalhar. E foi como eu ingressei, no dia 2 de fevereiro de 1939.(...). Em 39, como atendente. Minha surpresa, quando eu entrei no pavilhão dos doentes, fiquei apavorado. Fumava (naquela época), então, me tiraram todo o cigarro os doentes, de medo (que ele tinha) dos pacientes, veja bem (ênfase). O que é que se fazia? Simplesmente é, é, dava alimentação aos doentes, porque remédio não existia então(...)" (Enfo. J.C., p.1)

Referindo-se aos motivos que o levaram a ingressar no Hospital São Pedro, o entrevistado revela uma situação não apenas individual, mas coletiva. Como deixa claro, para os trabalhadores de enfermagem sem preparo formal específico, a procura por este tipo de trabalho tinha um significado preciso: tratava-se de um emprego. Ideais, vocação aptidão - atributos que recheavam o repertório dos psiquiatras ao se referirem aos requisitos que deveriam preencher os enfermeiros de doentes mentais - eram pouco considerados por estas pessoas ao procurarem um trabalho em hospitais psiquiátricos, muito provavelmente porque sua posição social restringia o âmbito das suas escolhas profissionais. Além disso, a necessidade econômica sobrepunha-se tanto aos preconceitos sociais em relação ao doente mental, existentes à época, quanto ao desconhecimento sobre o próprio trabalho e a clientela.

Para ressaltar o peso que a questão econômica adquiria no ingresso do pessoal de enfermagem nos hospitais psiquiátricos, é interessante deter a atenção em certos aspectos que aparecem particularmente no caso de Porto Alegre, os quais, supostamente, constituiriam um atrativo adicional à procura por tal tipo de ocupação. Lá, o recrutamento de pessoal mereceu um tratamento especial por parte dos dirigentes. Segundo Godoy (1952), em meados dos anos 20, devido à carência de pessoal leigo para administrar os cuidados de enfermagem aos doentes internados, decorrente do excessivo número de evasões e pedidos de demissão de funcionários após um curto período de trabalho, a direção

familiar para os funcionários. Com isso, tinha-se o propósito de atrai-los e mantê-los por maior tempo no estabelecimento, mediante a construção de casas para os empregados e suas famílias no terreno do próprio hospital. Todavia, tal proposta não foi totalmente concretizada, e, neste sentido, não chegou a representar um fator de atração adicional ao emprego ¹⁰, diferentemente do que ocorreria em São Paulo, onde este sistema foi adotado e constituiu um importante mecanismo de captação da força de trabalho, de acordo com o que se mostrará adiante

Além disso, no mesmo período, outra medida adotada pelos dirigentes foi a inauguração da Escola Profissional de Enfermagem Especializada no interior do próprio Hospital, prevista desde 1925 no regulamento da instituição, apesar de só ter sido concretizada em 1939. Embora visasse prioritariamente a capacitação dos próprios funcionários, supostamente ela representaria um fator de atração para os indivíduos, na medida em que lhes proporcionaria uma oportunidade de profissionalização que não lhes seria possível obter em outras áreas por não possuírem escolaridade elementar completa.

No entanto, segundo se pôde depreender dos depoimentos, a possibilidade de profissionalização não foi o principal motivo que atraiu os indivíduos àquele hospital. Ao contrário do que ocorrera no Rio de Janeiro, a profissionalização só adquiriu algum significado para os entrevistados porto-alegrenses após o ingresso no Hospital São Pedro, conforme discutir-se-á adiante. Sendo assim, também em Porto Alegre, a despeito das condições mencionadas, a necessidade de sobrevivência foi o que prevaleceu na procura por este tipo de trabalho, tal como aconteceria nos demais locais investigados.

Um breve exame das condições de vida e das experiências ocupacionais anteriores dos entrevistados, assim como da situação do mercado de trabalho no país permite compreender porque este grupo aponta a necessidade econômica como o principal motivo que os levava a ingressar nos estabelecimentos psiquiátricos. Os depoimentos de dois ex-funcionários do Hospital do Juqueri, que passaram a trabalhar neste estabelecimento no início dos anos 40, exemplificam as situações comumente experimentadas pelos indivíduos antes da admissão naquelas instituições:

"Eu, naquela época, época da (segunda) guerra, era muito difícil arrumar emprego. Então, eu vim de Minas para cá. Fiquei em São Paulo, meio jogado para lá, para cá...(pausa)."

¹⁰ Conforme Godoy (1952) foram construídas onze casas para funcionários do estabelecimento, das quais, entretanto, apenas duas eram destinadas a residência de dois funcionários do serviço de enfermagem, os enfermeiros-mores, que representavam um número mínimo de empregados incluídos naquela categoria.

E-O senhor estava me falando que na época da guerra não havia emprego...

"Não tinha muito emprego e, naquela época, os jornais pediam funcionários para cá. Naquela época não tinha (não se chamava) funcionário, era guarda, era guarda para o Hospital do Juqueri. Era 150 por mes, livre de cama, bôia (alimentação) e lavagem de roupa. Então eu falei: 'Bom, o negócio é carregar minhas tralhas, vamos embora.' Ai, eu peguei e vim para cá (ênfase). Vim, entrei, fiz exame (médico), passei. Era muito tímido, não é? Ai, o médico fez exame em mim e disse assim: 'Ah, o sr. está muito bom para pegar louco.' Porque, naquele tempo, tinha muitos doentes aqui, não é? Na época que eu entrei tinha uns sete mil doentes.(...)" (Atend.Enf. J.S., p.1-2)

Outro entrevistado contou que:

"Nasci em Minas, mas fui criado em Ribeirão Preto e aí me casei e tal...E os pais e minha mulher trabalhavam no hospital (do Juqueri), eram funcionários, não é? Escreviam aquelas cartas, a mulher começou a reclamar: porque eu quero ir com meu pai...E quanto que eu estava bem lá (em Ribeirão Preto), viu (ênfase)?"

E- Em que o senhor trabalhava lá?

"Eu fiz de tudo lá na Junqueira. Você conhece a Usina Junqueira ? É para baixo de Ribeirão Preto. É na divisa de Minas com o estado de São Paulo. Só trabalhei lá e aqui, nessa minha vida. Comecei a trabalhar de...estudando naquela escolinha miserável. Naquele tempo não dava...(riso). É, escola rural, justamente. E fui bem dizer criado lá. Comecei a trabalhar de cortar cana, lutando com a sorte (ênfase). Meu pai era subadministrador da fazenda, não é? Numa parte da Junqueira, a família toda, enfim. Ai eu trabalhei de servente, cortei cana, carpi, não é? Fiz de tudo na usina. Quando foi um dia, trabalhando de servente de pedreiro, teve um colega lá que resolveu dar uma força. Ele era contínuo no escritório da firma, um escritório grande. O gerente pegou e falou (ao colega). 'Olha, eu quero que você me arrume alguém para ficar no teu lugar'. Porque ele foi promovido para escriturário, compreende? (...) Ele então me chamou no escritório. Quando cheguei, fui atendido por um sujeito (que me perguntou): Seu G.T., o sr. trabalha no que? 'Eu trabalho aí, de servente de pedreiro'. Ele falou: 'Está muito bem. Você trabalha na firma?' Falei: 'Trabalho. Eu comecei a trabalhar com a idade de sete anos.' Ai eu estava com dezenove para vinte anos. Aí peguei e fiquei lá, como contínuo. Trabalhei uns três ou quatro anos. Dali, um dia, o gerente toca a campainha e me chama: 'Olha, G. você vai ser promovido.(...) Vai ser pagador de agora em diante.' Fui pagador lá da firma do Junqueira. E você vai praticando, sabe, conhece a chave do segredo que é...é quase do tamanho desta sala aqui. Era muito dinheiro, não é? Dia de pagamento, era

Trabalhei uns três ou quatro anos. Dali, um dia, o gerente toca a campainha e me chama: 'Olha, G, você vai ser promovido.(...) Vai ser pagador de agora em diante.' Fui pagador lá da firma do Junqueira. E você vai praticando, sabe, conhece a chave do segredo que é... é quase do tamanho desta sala aqui. Era muito dinheiro, não é? Dia de pagamento, era igual aqui no Juqueri. Aquelas filas que iam virando a esquina para fazer o pagamento. Quando eu vim de lá para aqui, que eu entrei dentro do Estado, eu era pagador lá. Ganhava quatrocentos e cinquenta cruzeiros por mes, fui melhorando e tal, não é? Não era para eu estar aqui como beneficiário, não é? Mas, meu sogro morava aqui, eu casei de novo, minha mulher chorava: 'Ah, eu quero ir lá ver meus pais.' Ai, um dia, deu na cabeça. Eu disse: 'Vamos, vamos lá.' Puxa vida, me arrependi, viu? Chegou aqui, ganhando setenta mil, teto e panel, aquela micharia, não é? Bom, valia mais o dinheiro naquele tempo, não é? Falei: 'Mas, que ordenado. Deixar de ganhar quatrocentos e cinquenta e pegar esta micharia aqui (ênfase). Funcionário do Estado. Tá louco (ênfase).' Fiquei louco para voltar. Mas, a mulher, queria ficar com os pais mesmo, não é?"

E- E como foi que o sr. conseguiu entrar ?

"Ah, eu trouxe uma bela de uma carta de lá. Passaram uma carta. E disseram: 'Olhe, o sr. pode voltar para cá, porque São Paulo não é fácil, não é?' E me deram uma indenização lá de quinhentos mil réis, naquele tempo. Isto aqui vai servir para voltar aqui para o Junqueira.' Ai, eu, enfim, aguentei a bomba (ênfase). Fiquei um ano... Ai, os filhos vem vindo, fica um caso. Acabei aposentando dentro do Estado (no Hospital do Juqueri)." (Atend.Enf. G.T., p.2-5)

Como já foi apontado anteriormente, o trabalho em instituições psiquiátricas governamentais era procurado, predominantemente, tanto por pessoas que não possuíam ocupações definidas - e nestes casos representava uma alternativa de inserção no mercado de trabalho formal-, quanto por pessoas que já possuíam diversas experiências ocupacionais anteriores, principalmente como trabalhadores braçais no setor industrial e na construção civil e como empregados no setor terciário da economia, em atividades que, no entanto, não estavam relacionadas à assistência à saúde, nem exigiam qualificação.

Subjacente à singularidade do discurso de cada entrevistado acima, há um contexto histórico, marcado, de um lado, pela ampliação dos serviços mantidos pela administração pública, a partir dos anos 20, que acarretou um aumento do já numeroso funcionalismo público federal, estadual e municipal (Vieira, 1981)¹¹, e de outro, pelas próprias

¹¹ Conforme Vieira (1983, p.49), durante o segundo governo de Getúlio Vargas, "Havia certas moléstias, como as doenças mentais, que davam a impressão de sugerirem ao Presidente da República uma única

pelo crônico subemprego de grandes contingentes da população (Saffioti, 1976), particularmente nas décadas de 40 e 50.

Conforme salienta Ribeiro (1986), desde o início do século, o ingresso no funcionalismo público representou uma alternativa de sobrevivência para o trabalhador nacional, já que, na formação do operariado brasileiro, estes foram preteridos em relação aos imigrantes estrangeiros. No discurso oficial, a preferência pelos operários estrangeiros, vistos pelo empresariado como *"trabalhador mais bem instruído e competente"* (Ribeiro, 1986, p.123), devia-se à falta de qualificação dos trabalhadores nativos e ao desprezo que estes possuíam pelas chamadas profissões manuais, do qual decorria a opção pelo emprego estatal. Todavia, para Ribeiro (1986, p.126), a procura por este tipo de atividade envolvia outras razões:

"Mais do que a aversão às profissões manuais, há uma clara opção por um determinado regime de trabalho. Esta é a diferença indiscutível entre o ser assalariado de Estado e o ser assalariado do capital. Repousa tal escolha na diferença de regime de trabalho que tem lugar em cada um destes locais. Mesmo para as camadas mais pobres da população, sem instrução, mal e mal alfabetizados, o emprego no Estado de contínuo, servente, funcionário da limpeza pública etc, parece ser preferível a ser assalariado direto do capital."

É difícil contestar a pertinência da afirmação acima, levando-se em consideração o padrão de remuneração da força de trabalho no país, principalmente o percebido pelos servidores públicos e, dentre eles, especificamente os das instituições psiquiátricas, e as condições de trabalho nos demais setores da economia. Basta dizer que, em 1940, quando foi fixado pela primeira vez, o salário mínimo valia Cr\$ 220 mensais e, três anos depois, Cr\$ 380 mensais (Vieira, 1983), portanto, apresentava um valor nominal acima do percebido pelos funcionários admitidos como guardas no Hospital do Juqueri, em 1943, que era de Cr\$ 150 mensais, segundo citou um dos entrevistados. Para se ter uma idéia das dificuldades enfrentadas pela classe trabalhadora no tocante à remuneração, nos anos 50, em pleno chamado período desenvolvimentista, das 70.119.071 de pessoas que constituíam a população total do país, apenas 19.728.056 (ou seja, 28% do total) compunham a população remunerada. Destes, somente 29,67% percebia um salário mínimo ou mais, ao passo que 70,33% atingiam, no máximo, um salário mínimo (Vieira, 1983).

Se para a totalidade da força de trabalho as condições de remuneração eram tão ruins, pode-se imaginar as dificuldades que as mulheres enfrentavam no mercado de trabalho

formal. Segundo Safiotti (1976), em 1940, as pessoas do sexo feminino compunham 25,3% do total de indivíduos empregados no setor secundário, 13,3% da força de trabalho ocupada nas atividades primárias e 22,7% nas terciárias. Em 1950, em relação ao total de trabalhadores ocupados, houve uma queda de 14,7% na participação das mulheres nas atividades diretamente econômicas. Neste período, as mulheres passaram a representar 7,3% do total de pessoas ocupadas no setor primário, 17,4% no setor secundário e 32% no terciário, o que indica um aumento da participação feminina no último e um decréscimo no penúltimo. Além disso, segundo a autora, *"de toda a população desenvolvendo atividade econômica extra-domiciliar, as mulheres não ultrapassavam 11,3%."* (Safiotti, 1976, p.240)

Os dois depoimentos reproduzidos a seguir, além de retratarem os problemas acima, expõem os motivos apresentados pelas entrevistadas para justificarem seu ingresso no estabelecimento psiquiátrico de Barbacena.

"Ah, eu entrei em 58. Tenho até umas fotos. Eu não me lembro quando eu saí..., quando eu aposentei... É, 71 ou 72, por aí, que eu me aposentei."

E- A sra. trabalhou quantos anos aqui ?

" Ah, eu sou velha, não é? Contando assim... Porque, quando eu entrei, eles não contam, não é? Eu fiquei dois anos perdidos, eles só contaram de 60 para cá. (...) Eu vim porque eu tinha seis filhos pequenos. Eu trabalhava na fábrica, mas tem uma época que as fábricas começaram a mandar todo mundo embora. Eu estava esperando uma menina e eles me mandaram embora. E eu, toda vida, fui desse tipo de não saber ficar parada e vi os filhos precisando das coisas. Aí, eu tinha pedido para o Dr. (nome inaudível) para arrumar para mim. Mas eu nem sabia o que era lavanderia, e, ainda, pedi a ele para arrumar para mim lavanderia. Aí todo mundo riu. (Alguém) disse: 'Você não vai aguentar a lavanderia.' (E ela respondeu): 'Então, o que é que eu vou aguentar? Eu tenho que enfrentar o serviço. Algum trabalho eu tenho que arranjar para tratar de mim e tratar de meus filhos, que são todos pequenos (ênfase). ' O mais velho estava com onze anos, quer dizer, não tinha como ajudar. Eu ver eles passando fome, não podia deixar... Então saiu (a contratação). Deu num livro, a publicação da vaga minha. Aí eu vim. Mas vim direto para dentro do Pavilhão, trabalhar de auxiliar de serviço, trabalhar de guarda. O medo era tanto que eu encolhia (me). Elas vinham conversar comigo..., até que eu acostumassem... Uma semana depois que a colega me explicou como é que era o serviço. Aí eu fui me acostumando." (Atend.Enf.G.F., p. 2)

A outra entrevistada relata que:

"Eu fui trabalhar lá, minha filha... Eu casei, aí comecei a ter os meninos. O marido não gostava muito assim de trabalhar. Quando eu era solteira, eu trabalhava, que eu trabalhei doze anos no Guimarães. Eu sai um dia e fui lá, pedir serviço. Aí um moço falou assim: 'Eu não vou dar à senhora mais, Dona V., porque a senhora casou, depois a senhora vai engravidar e a senhora vai ter que sair. Então, a senhora não vai ganhar mais.' Então, eu fiquei... Eu já tinha um nenê, já tinha a minha (nome da filha) e já tinha a minha (nome de outra filha) e tinha a minha preta (apelido de outra filha). Aí, um dia, eu pensei : eu vou na fazenda do Dr. (nome inaudível), ele era governador, não é? Eu disse: 'Eu vou lá e peço ao Dr. Dias, ele vai me dar uma aprovação, seja aonde for para eu trabalhar.' (...) Nesse meio tempo, eu fiquei grávida de um menino, que ele é o (nome do filho) e eu falei: 'Pronto, e agora? Não vou poder mais.' Mas, fiquei esperando, minha filha, que vinha aquele chamado para mim. Aí, eu dei a luz do menino no dia 11 de novembro de 1959. Quando foi dia 11 de novembro de 60, a minha nomeação veio (ênfase). Veio para lá (Hospital de Barbacena). (...) A minha cunhada ficou olhando meus meninos. Eu detexei e fui trabalhar, minha filha. Levei três anos a fio de serviço. Foi três anos ali, naquele (Pavilhão) Rodrigues Caldas, que hoje está no chão, não é? Hoje está no chão (o pavilhão foi derrubado). Trabalhei três anos com a Irmã Maria Luíza, ali dentro daquele pavilhão, sem faltar " (G.V.S., p. 7)

Observa-se que, ora pelo fato de precisarem empregar-se em atividades extradomiciliares para contribuir no orçamento doméstico, ora por precisarem trabalhar para sustentar a família, as mulheres ingressaram naquele estabelecimento e passaram a atuar na enfermagem, às vezes sem conhecerem até que tipo de atividades iriam desenvolver, outras vezes sem nem mesmo questionarem a respeito do que consistia um trabalho daquela natureza. O que as motivava era a necessidade de conseguir um emprego que lhes possibilitasse garantir a subsistência da família. Além disso, o decréscimo da participação das mulheres nas atividades do setor secundário da economia, referida anteriormente, aparece claramente nos depoimentos, evidenciando que a procura por trabalho nos hospitais psiquiátricos nada teve a ver com preferências pessoais, nem com a falta de experiência ocupacional anterior, estando relacionada às flutuações do mercado de trabalho feminino no país.

Posto isto, não é de surpreender que os entrevistados tenham apontado a necessidade econômica como o principal motivo que os levou a procurar um trabalho em psiquiatria, a despeito de todas as condições adversas apresentadas pelas instituições psiquiátricas na época, já comentadas no início deste estudo.

Todavia, há que se considerar também a existência de outros aspectos que contribuíam para a entrada de força de trabalho sem qualificação formal específica nas referidas instituições. Trata-se da ausência de processos sistemáticos de seleção para este tipo de emprego, na maioria dos estabelecimentos psiquiátricos governamentais estudados, e do clientelismo político subjacente aos mecanismos de ingresso na maioria daquelas instituições, já apontado em depoimentos acima.

A partir dos relatos, pôde-se depreender que as formas de ingresso adotadas pelos estabelecimentos psiquiátricos no período compreendido entre os anos 30, 40 e 50 variaram de local para local.

Em Porto Alegre, entre os anos 20 e 50, a inconstância de concurso público como mecanismo sistemático para seleção de ingressantes no Hospital São Pedro, ou, por vezes, a sua realização para vagas que não correspondiam a ocupação que seria efetivamente assumida na hierarquia hospitalar possibilitava desde o ingresso de pessoas por pressões e por indicações de políticos¹², até o ingresso de pessoas por concurso em funções que depois não exerceriam. Foi o que ocorreu especificamente com um dos entrevistados que ingressou através de concurso público na função de operário especializado, embora tenha trabalhado desde o início como funcionário da enfermagem. Segundo ele explicou, o mesmo ocorreu com outros profissionais que, apesar de serem estudantes de medicina, prestavam concurso para o cargo de enfermeiro ou de operário especializado, mas, efetivamente desempenhavam as atribuições de médico, já que este era o único mecanismo para ingressar no Hospital São Pedro por concurso público. Aliás, como mostram os depoimentos e a literatura pesquisada (Godoy, 1952), estes concursos eram raros.

Entretanto, a admissão na Escola Profissional de Enfermagem Especializada, que foi inaugurada no próprio hospital em 1939, implicava necessariamente na realização e na aprovação em concurso público, cujos critérios para participação serão examinados no próximo capítulo.

Por outro lado, nos depoimentos dos entrevistados de Barbacena, não há menção à realização de concursos ou a qualquer modo objetivo de seleção de pessoal de enfermagem para ingressar no Hospital-Colônia nos anos 50 e 60, como às vezes ocorria nos estabelecimentos de ensino ligados aos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro ou de Porto

¹² As pressões políticas que permeavam as contratações no Hospital São Pedro são mencionadas por Godoy (1952) e por alguns informantes que participaram desta pesquisa, como pode-se perceber nos depoimentos de médicos e enfermeiros de Porto Alegre reproduzidos neste estudo.

Alegre. Como mostram os depoimentos reproduzidos a seguir, os processos de admissão dos trabalhadores de enfermagem naquela instituição caracterizaram-se predominantemente pelo clientelismo político. Conforme se vê a seguir:

"É, eu era jovem, não é? Na época, em 53, eu tinha 23 anos. E eu, até, era mecânico, não é? Mas tinha vontade de ter um emprego mais certo. Então, naquele tempo, você entrava no hospital através de política; só cabo eleitoral, essas coisas. E eu tenho um tio que era assim...tinha muita amizade com político, não é? Eu cheguei a pedir a ele e ele me garantiu que conseguia para mim, não é? Era, na época, o nome era assim. Não era concurso, era nomeações. Então eu fui. Fiz um estágio no Hospital de março até julho, não é, aguardando vaga, a nomeação. E chegou em julho, eu fui nomeado mesmo. Só que eu estava em escritório e quando eu fui nomeado eu fui para a cozinha. Fui trabalhar na cozinha, não é? Ai, outras pessoas que eu nem conhecia, que nunca tinham feito estágio, foi para o meu lugar, para o escritório. Mas eu, para garantir a vaga fui para a cozinha, cozinha para os pacientes. E eu, ali, me entrosei no horário. Pegava às cinco horas da manhã, fazia café, tudo. (...) E a gente foi fazendo isso, enquanto ia estudando, porque nesta época, em 53, eu estava é..., comecei o meu curso de admissão para ginásio, tudo. E de maneiras que, trabalhava de dia no Hospital, vendia algumas coisas na rua para ajudar nas despesas e estudava a noite. Assim, fui me formar em 59. Técnico em contabilidade. Sai da cozinha e depois, passei para dentro do pavilhão. Para cuidar dos doentes em regime de plantão, não é? Ai, já estava um pouco mais adiantado na escola, e tudo. Fazia a escrita, não é? Admissão de paciente, transferência, contagem... Cuidava assim, dos pacientes que estavam mais doentes clinicamente, para entregar para o médico, não é? (...)" (Aux. Enf. C.P., p. 1-2)

No próximo depoimento, tem-se um exemplo das distorções subjacentes ao ingresso no estabelecimento psiquiátrico provocadas pelo clientelismo político. A versão revelada pela entrevistada aponta também os motivos que faziam do emprego no hospital psiquiátrico público uma ocupação vantajosa. Conforme ela conta:

"Em 1953, comecei a trabalhar. Naquela época, não pedia assim, curso não, sabe. Desculpe eu te falar: se você, Débora, estava trabalhando, então, (por exemplo) você precisava ficar na sua casa, então você poderia me dar o seu tempo... Como é que se diz? (pausa) Eu trabalhava no seu lugar não é?"

E - Eu lhe emprestava a minha vaga?

"Exatamente. Mas aí, ela recebia no nome dela. Então, o dinheiro dela era dividido comigo, sabe? Ela ficava com uma parte e eu ficava com a outra. E assim completava o tempo. E o meu caso foi este, sabe? Esta senhora, ela tinha muitos filhos, então, não tinha quem tomasse conta dos filhos dela. Então, ela foi me pedir se eu queria trabalhar para ela, que futuramente, se o marido dela melhorasse o emprego dele, ela ia entregar a vaga, que seria para mim, não é? E eu fui. E falei com ela, que eu já estava trabalhando, já estava acostumada, se... tudo que ela quisesse me dar eu aceitaria. Então, foi assim que aconteceu. Quando o marido dela melhorou a situação, ela falou: 'Agora, a vaga é sua' E foi por aí. Eu ganhei a minha vaga."

E- E o diretor sabia disso?

"Sabia, ele sabia. Inclusive, na época, ele até me deixou na mão, sabe? Porque (pausa). Acho que a vaga ele não queria muito bem, assim, que eu... ele queria uma outra pessoa, sabe? (...)" (Atend.Enf. E.S., p. 6-8)

Na continuidade deste relato, ficam claras as interferências externas no processo de admissão de funcionários no Hospital-Colônia de Barbacena, como também o caráter privado que envolvia o tratamento da coisa pública naquele estabelecimento:

"Ele queria uma outra pessoa, sabe? Então, eu trabalhei aqui, nesta casa, com... Então, ele disse para mim: 'Olha, você vai trabalhar de substituta de outra fulana de tal. 'Eu não entendia bem do assunto; aceitei. Porque essa outra fulana, a que eu trabalhava (no lugar), era assalariada, não é? Então extra recebe todo o mês e o assalariado ainda demora. Mas, daí,... Mas, aí, aconteceu que essa moça, ela foi para casa e contou para a avó, tia, não sei, que ela tinha ganhado uma vaga aqui, que ela era funcionária, sabe? E ela me chamou de boba, de palhaça, porque eu trabalhei e não tinha ganhado. Mas, ela esqueceu que a vizinha (dela) era a dona do lugar (da vaga), sabe? E a dona do lugar escutou e contou para o marido dela. O marido dela chegou aqui e falou com o Diretor. Falou: 'Olha, a vaga da minha esposa é de fulana de tal, que foi substituta de minha esposa. Se caso ela não puder (assumi-la), a minha esposa volta ao trabalho (ênfase).' Aí, foi aonde que eu voltei. Mas, aí, ficou um ano. Trabalhei de janeiro a janeiro. Toda vez, eu vinha aqui (perguntava): 'Já tem ordem de pagamento?' (E respondiam): 'Não, não tem não.' 'Tem ordem de pagamento?' Toda vez que eu vinha, nunca tinha ordem de pagamento. Um dia, nós almoçando, um colega chegou para mim e falou para mim assim: 'E.. já veio ordem de pagamento para você?' Eu falei assim: 'Não, não veio.' (E ele questionou-a): 'Porque você não escreve para o Secretário?' Era o (nome inaudível). Eu falei: 'Aí, eu não sei como eu vou escrever.' Aí ele falou: 'Se você quiser, eu vou te

dar o endereço. ' Então, ele me deu o endereço. Eu levei para casa; meu pai trabalhava na central (do hospital), do escritório. Meu pai era chefe do central. Então, no estabelecimento da central, então, ele bateu à máquina, ele escreveu uma carta, com cartão e tudo. E eu mandei para a Secretaria, em Belo Horizonte. Naquela mesma semana, o Secretário mandou um aviso para mim, dizendo que não me conhecia como funcionária e mandou também uma carta para aqui, para o Diretor daqui, (dizendo) que mandasse imediatamente os meus papéis. Então foi aonde que... que daí a duas ou três semanas, eu recebi um aviso de pagamento. Porque os meus papéis estavam... (em tom de voz mais baixo) engavetados, esqueceu de mandar, não é? E daí..."

E - Neste caso, a sra. trabalhou durante um ano sem receber pagamento?

"Mas, depois eu recebi, mas depois que eles me reconheceram como funcionária."

E - E, então foi integralmente ressarcida ?

"Era, por uma parte do ano, naquele tempo era um bom dinheiro, não é? Mas foi assim. Foi uma vida boa, sabe. A gente às vezes passa, não é? As coisas da vida da gente é assim, não é? É uma coisa, sei lá, nem sei explicar de que jeito é." (Atend.Enf. E.S., p. 3-4)

Para mostrar o quanto tais distorções e práticas de padronagem eram generalizadas nesta instituição e que não se tratavam de casos isolados, reproduz-se abaixo outro depoimento em que uma entrevistada descreve como se deu seu ingresso no Hospital-Colônia de Barbacena:

"Entrei em 1957"

E - Naquela época, quantos anos a sra. tinha?

"Ah, isso não me lembro, não me lembro quantos anos tinha. Era jovem."

E - E o que a levou a trabalhar em psiquiatria?

"Porque eu entrei no lugar de minha irmã, sabe, de substituta. Porque ela casou e foi embora para Belo Horizonte, e eu entrei no lugar dela. Depois, o Diretor que entrou, Dr. Geraldo, não quis mais substituta e eu ganhei um lugar, ganhei o lugar de um barbeiro. Ele falou assim: 'Bom, a substituta mais antiga que tem aqui é a D. H.' Me chamou, perguntou se eu queria. Eu falei, quero (ênfase). Ai, ajeitei o meu lugar, ganhei um ordenado maior, não é? Ai, fiquei no meu lugar. E, no meu lugar, trabalhei muitos anos no Hospital-Colônia. (...) " (G. H.S., p.1)

Percebe-se no depoimento acima que o então diretor do Hospital-Colônia parece ter tomado uma iniciativa no sentido de regularizar a situação de funcionários que ingressavam no estabelecimento através daquele tipo de mecanismo (substituição), mas não é possível afirmar que a sua conduta tenha sido mantida por outros diretores.

Uma análise mais profunda poderia vir a indicar que a carência de oportunidades de inserção no mercado de trabalho era o que provavelmente levava as pessoas a concordarem em trabalhar sem que houvesse garantias de estabilidade no emprego, de início. Mas esta falta de estabilidade não parece ser considerada uma questão relevante para alguns entrevistados:

"Eu vim, bom, no meu lugar..., eu vim trabalhar (n)a primeira vez como substituta no lugar de dona M. A. D.: isso foi em 1951. E depois, ela começou a trabalhar e eu fui para casa. E depois saiu uma que eu nem sei... ela trabalhava em sala de costura, chamava V. ela entregou o lugar e o Diretor mandou me chamar. (...) Ai, eu comecei a trabalhar. Isso já foi no mesmo ano, em 1951. Eu fiquei poucos dias em casa. Eu comecei a trabalhar de, antigamente eles falavam guarda..., mas era auxiliar de serviço, trabalhava de auxiliar. "
(Atend. Enf. M. A., p 1)

Segundo sugerem os primeiros depoimentos apresentados no início deste tópico (de antigos funcionários do Hospital do Juqueri e do Hospital Juliano Moreira), a falta de mecanismos sistemáticos de seleção e a prática então corrente - e existente até hoje (Fraga, 1993) - das cartas de apresentação e da indicação política para assunção de cargos nos estabelecimentos psiquiátricos governamentais foi uma característica constante também nos processos de admissão de pessoas que ingressavam para trabalhar nos hospitais psiquiátricos paulista e baiano. É preciso ressaltar que a práticas clientelistas assinaladas acima não ocorriam somente nos hospitais psiquiátricos, pois isto também acontecia em outros órgãos da administração pública naquele período. (Vieira, 1984)

Portanto, apesar da ênfase dada aqui à questão do clientelismo político e às distorções a ele relacionadas no estabelecimento psiquiátrico de Barbacena - explicitada nos depoimentos de modo tão acentuado, que poderia até levar a pensar que se tratava de uma situação singular - é difícil supor que os processos de admissão do pessoal de enfermagem nas instituições psiquiátricas de Salvador e São Paulo tenham assumido características diferentes das até aqui assinaladas.

Outro aspecto que se apreende nestes depoimentos é o preconceito existente a época em relação ao doente mental, que provavelmente poderia constituir um entrave à procura por este tipo de trabalho. Entretanto, nota-se que o temor em relação ao doente mental não era um motivo suficientemente forte para afastar as pessoas do propósito de conseguir um emprego numa instituição pública. Para exemplificar um pensamento que aparece frequentemente no discurso da maioria dos componentes deste grupo, veja-se o trecho abaixo. Questionada sobre o que pensava de um hospital psiquiátrico na época em que lá ingressou, uma das entrevistadas relatou que :

"Eu tinha medo, sabe? Porque eu ouvia falar que os loucos.... não conheciam ninguém, que mordiam, que batiam, que fazia e acontecia, não é? Então, eu tinha muito medo mesmo. Mas, então, essa dona, que era dona do lugar (da vaga), eu conversei com ela. Falei: 'Eu quero trabalhar, porque eu tenho vergonha de pedir dinheiro ao meu pai, e ele me dar. Mas eu estou com medo.' Ela disse assim: 'Não, você não precisa ter medo não. Você, sabendo lidar com o paciente, eles não te agredem nem nada.' Eu falei: 'Então, tá, tudo bem.' E aí eu vim e assim eu fiz, não é? Lidava com eles como se eu fosse igual a eles também, sabe? " (Atend. Enf. E.S., p.5)

Pelo exposto até aqui, percebe-se que este grupo de informantes não atribuiu sua escolha pelo trabalho em hospitais psiquiátricos a uma vocação e a maioria deles não expressa claramente uma identificação com a enfermagem psiquiátrica como o principal motivo que os levava a procurar este tipo de ocupação. Nota-se que os informantes ressaltam em seus depoimentos que a opção pelo trabalho nas instituições psiquiátricas decorreu da necessidade de sobrevivência e da possibilidade de emprego ao seu alcance. Um dos aspectos que contribuía para o ingresso destes sujeitos que não possuíam preparo formal específico ou que tinham grau de escolaridade elementar nos estabelecimentos psiquiátricos foram as características apresentadas pelos processos de admissão de funcionários nestas instituições. Conforme se verificou o clientelismo político e a padronagem foram práticas frequentemente empregadas para se conseguir um trabalho nas instituições psiquiátricas, mas não constituíam o único meio de ingresso.

Observa-se também que quase não existiam processos seletivos sistematizados para recrutar a força de trabalho que seria empregada nos hospitais psiquiátricos e que os mecanismos de admissão adotados nestas instituições não se baseavam em critérios técnicos, o que indica que os dirigentes daqueles estabelecimentos não tomavam medidas concretas para assegurar a contratação de pessoas que apresentassem as características que eles desejavam ver contempladas no pessoal de enfermagem que cuidava de doentes mentais.

Neste sentido, nota-se que o nível de escolaridade, por exemplo, que supostamente contribuiria para garantir a entrada de pessoas com algum "preparo cultural" nos hospitais não era um critério levado em consideração na seleção das pessoas que seriam contratadas.

II.3. As motivações do pessoal de enfermagem universitário para trabalhar em psiquiatria em Porto Alegre, São Paulo, Barbacena e Salvador.

Como foi mencionado no início do presente capítulo, os depoimentos das enfermeiras possuem uma especificidade que os diferencia dos demais no tocante às motivações para trabalhar em psiquiatria. Diferentemente dos demais entrevistados, a maioria das informantes deste grupo apontaram uma identificação com o trabalho em psiquiatria como o principal motivo que as levou a escolher o ensino de enfermagem psiquiátrica, assim como o cuidado ao doente mental como campo de atividade. Neste sentido, apesar da singularidade que apresenta cada trajetória individual, foi possível apreender uma certa regularidade entre as experiências pessoais e o contexto social que favoreceram a escolha por aquele tipo de atividade.

É preciso destacar que todas as informantes receberam seu preparo para trabalhar em enfermagem em escolas brasileiras ligadas ao modelo Nightingale, o que já sugere que possuíam uma origem social ou um grau de escolaridade diverso do apresentado pelos demais informantes. Tal suposição é confirmada pelos relatos a seguir, nos quais elas expõem as motivações que as levaram a procurar a psiquiatria como especialidade e o contexto social e familiar que lhes possibilitou escolhê-la com relativa liberdade.

Percebe-se que neste grupo algumas profissionais eram filhas ou netas de profissionais de saúde e apontam este aspecto como um fator que contribuiu para a escolha da enfermagem como atividade profissional

O depoimento a seguir foi fornecido por uma entrevistada que foi aluna da quarta turma diplomada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e professora da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica deste estabelecimento de ensino desde 1951:

"Meu pai era médico e, no tempo dele não havia especialidade tão caracterizada como hoje. Mas ele trabalhou no Hospital Juliano Moreira, entendeu? Não sei se isso teria tido

uma influência meio inconsciente. Eu sempre fui uma pessoa muito voltada para conhecer as pessoas, sempre me fascinou isso: porque as pessoas se comportam de tal maneira? Desde adolescente eu gostava de ouvir, conversar, conhecer. Eu ficava horas conversando com minha avó para saber como era a vida dela, a história de vida dela. Isso sempre me interessou muito. Depois, eu quis fazer psicologia. Bem, eu tenho trinta e seis anos de formada. Então, veja você, tenho cinquenta e nove anos de idade. Então, eu quis fazer psicologia no tempo em que não existia psicologia (em Salvador). E meu pai não tinha uma situação financeira... era classe média média. Mas, a gente era de uma classe média metida a besta, entendeu? Gente de uma sociedade pequena. Minha família era de um meio conhecido. Eu tinha um tio, irmão de minha mãe, que fundou a universidade, foi Edgar Santos. Foi Reitor durante quinze anos. Meu pai era uma pessoa que trabalhava na universidade. Então, a gente não tinha situação financeira, mas tinha nome. (...) Então eu fiquei. Pensei: vou fazer medicina, mas medicina não me atraía, porque para pegar uma parte que nem era tão estruturada naquele tempo...do que eu gostava e fazer mil coisas que eu detestava...Mas lá em casa as mulheres foram criadas para serem senhoras da sociedade, então...Eu voltei para fazer o curso científico, que me dava mais coisas do que o clássico e fiquei. Quando começou, eu estava muito por dentro do que acontecia na universidade, porque meu tio era reitor, minha família participava muito da vida da universidade, política universitária era o prato do dia na minha casa. Então eu sabia que a escola de enfermagem estava a todo pano e me atraiu o sistema do curso de enfermagem, que era uma coisa, assim, diferente. Foi implantado completamente a parte de todos os outros cursos. Tinha uma estrutura especial, essa coisa toda, inclusive ritmo de...era como hoje e, um ritmo, um currículo diferente do resto da universidade. Isso me atraiu e eu vim para cá. Fiz vestibular, passei. Adorei o curso de enfermagem a rigor, detestei pronto-socorro. Se eu tivesse que trabalhar nisso tinha deixado. Mas eu fiz até o fim. E aí veio, quer dizer, eu já tinha uma tendência, e veio uma pessoa que realmente me ajudou a decidir, que foi Teresa Sena, que você deve ter conhecido. Então, Teresa foi uma pessoa que definitivamente me encaminhou. Ela dava aquelas aulas maravilhosas, e do convívio que eu tive com Teresa, eu já me inclinei. Então, o destino é isso. Eu, com essa inclinação que tinha, nessa oportunidade em que nós éramos não sei se terceira ou quarta turma de enfermagem que se formava...Então, com essa inclinação eu já fiz estágio de senior voltado para a psiquiatria. Nesta oportunidade, Teresa saiu da escola. Foi para o Rio, São Paulo, e a pessoa mais indicada para substituí-la era eu, porque eu havia feito senior. Então, eu não sei se já havia intenção dela sair, que eu não sabia, não se sabe de tudo. Então, eu já fui orientada, já no quarto ano de enfermagem para assumir a enfermagem psiquiátrica. E foi o que realmente aconteceu. (Enfa. S.S., p.2-3)

Pelo exposto acima, nota-se que a entrevistada atribuiu sua escolha profissional a influências familiares e de professores, assim como à "tendência" ou "inclinação" que tinha pelos assuntos relacionados com psicologia e psiquiatria. Todavia, tal escolha profissional também esteve relacionada às condições materiais de existência na medida em que antes de optar pela profissão de enfermagem ela pensara em fazer psicologia e não pôde realizar este curso porque ele não era oferecido em Salvador. Vê-se, ainda, que a possibilidade de assumir um trabalho em psiquiatria também decorreu de uma oportunidade que lhe foi apresentada quando era estudante de enfermagem.

O próximo depoimento também ilustra de que modo as condições materiais de existência associadas às influências familiares levaram a entrevistada a escolher a enfermagem psiquiátrica como atividade profissional:

"Eu entrei na Escola (de Enfermagem da USP) em 1954 e me formei em 1957. A motivação...naquela época, a enfermagem era bem pouco conhecida, mas eu fui recrutada pela professora Glete de Alcântara. Eu fazia o científico e queria a área de saúde. Mas não sabia ao certo se era medicina, farmácia...A família de meu avô estava toda nesta área, e eu não sabia muito bem o que queria. Ai, a dona Glete foi fazer o recrutamento e eu decidi fazer enfermagem mais para ver o que que era, e depois, era isso mesmo e pronto."

F. - A senhora cursou escola normal?

"Não, eu estudava no científico (...), o que se exigia era o segundo grau. O Normal era bom, mas o que se exigia era o equivalente no científico naquela época. Mas, quando eu entrei não era exigência ter o segundo grau. Eu entrei em 1954. Então ainda aceitavam pessoal só com o primeiro grau - ginásio ou equivalente. Mas, tinha vestibular e a seleção era feita no vestibular. Na minha turma entraram algumas com segundo grau incompleto, mas tinham aí: o segundo colegial, que era o científico na época. Então, o pessoal era incompleto, mas tinha mais do que o ginásio.(...) Mas, o direcionamento, quer dizer, a minha escolha inicial era psiquiátrica. (O estágio curricular de enfermagem psiquiátrica) Se tivesse relação teria que ser negativa, porque o meu estágio de enfermagem psiquiátrica foi muito sofrido. Eu tinha uma paciente que ficou comigo e tornou minha vida um inferno lá (no campo de estágio). Mas, não deu certo (a escolha inicial). Então, eu aceitei um emprego no Rio e fui trabalhar lá numa clínica particular. Era uma clínica geral, com o maior número de pacientes geralmente de cardiologia e uma parte da clínica era ocupada por doentes mentais. Então, era eu, um cardiologista e um psiquiatra, que eram os donos da clínica. Então, eu tive uma experiência que foi justamente o contrário

da minha vivência como estudante. E aí, eu passei a respeitar mais, com a experiência, acreditei que eu tinha jeito para a coisa. Então, quando eu voltei do Rio, eu vim trabalhar na psiquiatria." (Enfa. E.C.A., p.1-2).

Pelo exposto no depoimento acima, verifica-se que esta informante não considerou a experiência vivida enquanto aluna como um aspecto relevante para sua escolha pelo trabalho em enfermagem psiquiátrica, dando maior importância a outros aspectos subjetivos que a levaram a optar pela referida especialidade. Todavia, ela ressalta que o contato com outros profissionais e a vivência profissional contribuíram para que percebesse que *"tinha jeito para a coisa"*.

Dos depoimentos apresentados até aqui, nota-se que não é possível atribuir as escolhas profissionais a um único motivo, dado que diversos aspectos estavam envolvidos neste processo. Todavia, percebe-se que o contexto social, familiar e educacional em que as entrevistadas estiveram envolvidas contribuiu sobremaneira para que elas pudessem fazer opções profissionais com relativa liberdade, diferentemente do que acontecia com os entrevistados que possuíam nível de escolaridade elementar.

Veja-se mais um exemplo em que a posição social e o contexto familiar é identificado pela informante como uma influência importante para sua opção profissional. Tendo sido a primeira enfermeira admitida no Hospital-Colônia de Barbacena, no início dos anos 70, a entrevistada expõe os motivos que a levaram a ingressar no campo da assistência psiquiátrica da seguinte forma :

"A minha família era toda ligada assim à área de saúde, não é? Desde pequena, a minha vó era daquelas pessoas que eram as antigas obstetizes, não é? E fazia parto na casa de todo mundo, não é? Só de filho que ela pegou para criar, seis filhos para criar e tudo... Então, eu já fui me despertando desde pequeninhinha, porque eu acompanhava minha avó. Pequena, eu via aparar as crianças, não é, fazer parto. Ela me levava. (...) Então eu vivenciava aquilo tudo com ela. E meu pai sempre teve farmácia, e sempre existiu aqui em Barbacena hospital para tudo quanto é lado. Ele que distribua. Era a única farmácia que tinha aqui em Barbacena, ele que distribuía os remédios nas farmácias. Me levava, não é, para tudo quanto é lado. E isso foi me despertando, sabe? Eu quero mexer com alguma coisa ligada à área de saúde. Eu adorava quando chegava dentro dos hospitais. E sempre gostei mesmo desta parte de saúde, mexer, cuidar dos outros. Aí eu fui fazer enfermagem e minha família queria até que eu fizesse medicina. Inclusive passei no vestibular. No meu tempo, quando eu fiz (o vestibular) era opção, você fazia primeira e segunda opção. Eu

passei nas duas opções: primeiro enfermagem; segundo, medicina. Fiquei com a primeira opção, porque queria; era enfermagem. Fiz enfermagem. Quando formei, eu não sabia o que eu queria, assim, mexer. Qual a tendência que eu tinha. Pediatria... Todo mundo só fazia ginecologia, obstetrícia,... Que o meu curso é de enfermagem e obstetrícia. De (Faculdade) Juiz de Fora. O curso lá é de enfermagem e obstetrícia. Obstetrícia eu não gostava. Não gostava porque não tinha aquela paciência de ficar esperando nenê nascer e não era comigo isso não. E pediatria eu também não queria. Ai eu cheguei e disse: eu não quero é nada mais. Eu não sei mais porque que eu fiz. Porque satisfiz a minha curiosidade, sabe, eu (pensei) não quero mais. Mas, eu fiquei muito magra neste tempo da Faculdade, que a gente tinha trabalho à noite, não é, para conseguir manter e aula o dia inteiro e tinha serviço à noite... Então eu formei em dezembro de 70, vim para Barbacena e fiquei aqui janeiro e fevereiro sem fazer nada, sabe. Ai a minha mãe (dizia) você vai ter que trabalhar, porque você formou, aquela coisa danada... Eu resolvi entrar... Na frente da minha casa tem um hospital psiquiátrico, Casa de Saúde Xavier. Eu resolvi trabalhar ali. Lá eu fiquei dois anos, era uma clínica privada, mas trabalhava assim com a maior angústia, sabe. Não gostava muito, sai. Fui mexer com Projeto Rondon, que eu era chefe de Projeto Rondon, rodava esse Brasil todo, sabe, dava umas incertas... Um belo dia, meu pai me chamou, em 73, e falou assim: 'Você quer ir lá para o hospital?' E aqui era um, este hospital aqui, não é? Antigo Hospital Colônia, horrível, pavoroso, uma história de cadáveres para tudo quanto é lado, de venda de cadáveres e tudo. Meu pai, você quer? Meu pai já é falecido, mas era, assim, uma pessoa de idéias evoluídas. Eu disse quero. Ai aquela briga da mamãe não vai, não vai... Eu disse, não, eu vou. Então, foi mais como um desafio até para a família. Eu ter vindo para cá, para minha mãe, aquela guerra de filho com mãe... Naquela época eu não combinava muito com ela... Eu disse, eu vou mostrar à ela que eu dou conta. Quando eu cheguei aqui tinha cinco mil pacientes, sabe? Não existia nada, não tinha nada, tinha acabado de sair um militar daqui, que dava tiro assim para cima, em funcionário, sabe? Depois provaram que o militar era doente, e ele foi diretor do hospital. E tinha uma história da gerente daqui também, que dava tiro também em todo mundo... Isso aqui você não sabia a loucura onde é que estava. Se era com funcionário, se era com quem morava aqui. Ai veio a FEAP, que era a Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica pegou isso aqui em 71, mais ou menos em 71. E quando aqui já estava amainado assim o clima, aqui, tudo, meu pai falou: 'Vai para lá', porque o Diretor daqui, Dr. José Tolendal, muito amigo do meu pai, então ele me chamou, não é? Eu era a única enfermeira de Barbacena, e era aquela guerra, os hospitais todos me chamando para trabalhar, porque, nesta época, o INPS começou a exigir, não é? Que tivesse uma enfermeira. E eu lembro que eu não queria clínica, não

queria nada. E aqui eu fiz não, para lá eu vou...Porque eu comecei a gostar de psiquiatria, apesar de que eu tinha muita angústia no outro hospital privado, fechado...Mas eu comecei a gostar, porque eu gosto muito de mexer com as pessoas não é? Adoro ficar escutando os outros, e eu disse assim, é diferente daquele trabalho de, aquele feijão com arroz, todo dia, de clínica, de cirurgia, todo dia você vai e faz aqueles procedimentos; isso aí não me agrada muito não. Que acaba minha curiosidade e aí...acabou. E aí, eu resolvi vir para cá e aí eu vi que era um desafio. Não tinha nada, nada, nada, nada (ênfase)." (Enf. V.B., p. 2-4)

Verifica-se que como ocorria nos dois depoimentos anteriores, a enfermeira V.B. apontou como motivo para ingressar no campo da assistência psiquiátrica uma identificação com a especialidade. Conforme sugerem os relatos, tal identificação com o trabalho de enfermagem foi propiciada ou por experiências educacionais e profissionais ou por características pessoais das entrevistadas, que acreditavam ser a enfermagem uma atividade na qual poderiam explorar mais adequadamente certas potencialidades e qualidades pessoais. Expressando-a através de frases como, por exemplo, "*acreditei que eu tinha jeito para a coisa*", "*comecei a gostar, porque eu gosto muito de mexer com as pessoas, adoro ficar escutando os outros*", "*sempre fui uma pessoa muito voltada para conhecer as pessoas; tinha inclinação.*", as entrevistadas resgatam aspectos que, em geral, são referidos por pessoas cujas condições de vida e origem social propiciaram-lhes uma maior possibilidade de escolha. Ou seja, justificam a procura pelo trabalho em psiquiatria, referindo-se ao fato de terem vocação (inclinação, doia) ou habilidades, interesses e aptidões que supostamente um profissional de enfermagem deveria possuir para trabalhar com doentes mentais: saber ouvir e compreender o outro.

É difícil supor que uma escolha profissional realize-se independentemente das condições materiais de existência vivenciadas pelo indivíduo. Para certos autores (Ferretti, 1988; Chauí, 1983), a suposição de que os indivíduos possuem liberdade para realizar opções profissionais baseia-se, na realidade, em formulações de ordem ideológica, originárias do liberalismo. Segundo Mello (1982, p.127-8),

"Afirmar que se está numa carreira ou profissão por 'vocação' é extremamente vago. Provavelmente este termo sintetiza (ou dissimula) vários tipos de determinações que, segundo se sabe, condicionam de fato a opção profissional, os quais sofrem um processo de acomodação e racionalização que se exprime, ao final, num dom ou gosto pelo que se faz."

Dos depoimentos reproduzidos acima, depreende-se que, além da motivação apontada, a escolha pela enfermagem psiquiátrica esteve relacionada à origem e ao contexto social e familiar, bem como à condição feminina das entrevistadas. Quanto ao primeiro aspecto, observa-se que a origem social das informantes era predominantemente a classe média urbana. Dentre elas, (como exemplificam os relatos acima) algumas provinham de famílias, cujos sujeitos do sexo masculino, principalmente, ocupavam-se com atividades ligadas à área de saúde, sendo, às vezes, profissionais liberais. Tal condição oportunizou-lhes o acesso a níveis de escolaridade mais elevados, como por exemplo o ginásio e o secundário, que, conforme já visto, eram exigidos como pré-requisito para ingresso nos estabelecimentos de ensino profissionalizante, ligados às universidades.

Além disso, seu grau de escolarização permitia-lhes aspirar às profissões de maior prestígio social na hierarquia das chamadas profissões femininas, dentre às quais situava-se a enfermagem (obviamente, a de nível universitário). Neste sentido, de fato as influências familiares e de professores, apontadas pelas entrevistadas podem ter contribuído para a escolha de uma profissão ligada especificamente à área de saúde e particularmente à psiquiatria ¹³.

Apesar disso, a liberdade que possuíam para proceder à escolha profissional foi relativa, não só pelos motivos apontados nos depoimentos, tais como: limitações econômicas, resistências familiares às opções vislumbradas pelas informantes, mas também devido ao contexto social em que viviam. É preciso levar em conta que, a despeito da diversificação das oportunidades de escolarização e profissionalização feminina emergentes nas décadas de 50 e 60, não houve uma mudança significativa dos padrões culturais dominantes que determinavam quais eram as profissões socialmente consentidas para o sexo feminino (Mello, 1982). Tampouco aceitava-se tranquilamente que estas possuíssem independência econômica e que seu trabalho fora do ambiente doméstico não fosse simplesmente uma atividade subsidiária (Safiotti, 1976). Neste sentido, mesmo para as mulheres das classes média e dominante, as possibilidades de seguirem carreiras que não fizessem parte das consideradas tradicionalmente femininas eram limitadas, o que transformava a profissão de enfermeira numa das poucas alternativas de trabalho feminino socialmente valorizadas.

¹³ É difícil saber se a escolha por outras áreas de atuação na enfermagem ocorre de forma semelhante ao que foi discutido em relação a opção pela enfermagem psiquiátrica, dado que não se achou na literatura pesquisas com informações sobre isso. No entanto, segundo mostra Mello (1982), um processo semelhante ocorre entre as profissionais de magistério.

Um exemplo desta restrição aparece claramente nos próximos depoimentos, nos quais, além de indicar as motivações que a levaram a ingressar no campo da assistência psiquiátrica, as entrevistadas relatam as suas experiências ocupacionais anteriores ao ingresso na escola de enfermagem. O primeiro trata da trajetória de vida de uma enfermeira diplomada pela primeira turma da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA); que foi a primeira pessoa a ocupar o cargo de enfermeira no Hospital Juliano Moreira nos anos 50:

"Eu me formei como professora muito mocinha, com dezesseis anos. Fiz concurso, fui trabalhar no interior. (...) Então, quando eu voltei, eu aproveitei para ficar em Salvador. Ai, eu trabalhava na escola de manhã e de tarde ficava fazendo minha costurinha. Gosto muito de costura, de novidade, essas coisas. Mas aquilo não enchia minha alma. Eu queria mais coisas e dizia assim à mamãe: 'Mamãe, eu quero continuar a estudar.' Ai, eu procurava estudar, mas o povo dizia assim: 'Ah, J., para você fazer um curso superior, você tem que fazer ginásio.' Porque minha escolaridade era o Normal. Ai eu ficava desaforada, porque eu tinha tanto conhecimento...A minha vaidade de criança, não é? Então, eu queria fazer direito, porque direito faz a gente falar, fazer discurso, não é? Então, me encantava fazer direito. Mas isso eu já era moçona, tinha oito anos de ensino, já não era mais uma memninha. Ai, eu estou em casa, quando sai uma nota no jornal que diz: o governo estava dando bolsas de estudo para professoras que quisessem fazer o curso de enfermagem, que a escola de enfermagem estava sendo inaugurada. Ai, eu resolvi me inscrever. Quando eu cheguei, me apresentei à diretora da escola, que era a Haydée Dourado. Ai, nós conversamos muito, ela mandou que eu voltasse num determinado dia para fazer uma entrevista e uma autobiografia. Porque, naquele tempo, quando a gente entrava na escola, não tinha vestibular, era bolsa do estado. No início era sem vestibular. As quatro primeiras turmas entraram sem o vestibular. Mas, pelo que eu falei, pelo que eu escrevi, ela achou que estava bom e eu fui aprovada. Ai eu fui. Mas, eu me encantei. Tudo para mim era a coisa mais linda do mundo. Eu sou assim, espontânea. Eu fazia muitas perguntas, me movimentava muito. E fiz o curso. Cada matéria que eu estudava, mais eu encontrava a beleza, a profundidade, mais se abria um novo mundo.(...) Então caiu, quer dizer, o ensino, o conhecimento, a mensagem caíram num terreno fértil. Ai, eu terminei o curso. Quando terminei, a nossa turma foi fazer psiquiatria em São Paulo, um estágio prático. Eu fiz a psiquiatria teórica toda aqui. Então...eu adorava psicologia, psiquiatria, tudo o que fosse essas coisas assim, lá de cima, eu adorava e me sala muito bem nisso, não é? Quando eu cheguei (em São Paulo), a enfermeira Edith Fraenkel, que era diretora da Escola de Enfermagem da USP, disse-me assim: 'Olha, J.,

eu vou lhe preparar para você assumir a cadeira de psiquiatria lá em Salvador'. Ai eu fui. Fazia o estágio de psiquiatria e à tarde a professora tinha sempre uma entrevista comigo, me preparando, preparando. E, naquele tempo, a gente fazia psiquiatria no Juqueri, que era aquele caos, não é? Mas, mesmo assim, gostei muito. Quando terminei o curso, voltei para Salvador. Quando voltei, a professora Edith falou-me assim: 'Olha, J., você apresente-se lá na escola e diga que é você a moça que eu preparei para psiquiatria, para assumir a cadeira.' Eu disse, está bem. Então, cheia de sonhos e ideais, quando eu cheguei me apresentei a escola. A diretora, que era uma moça de São Paulo, marcou um dia para a entrevista, na qual me disse: 'Olha, J., nós estamos satisfeitos por você ter bom rendimento, bom aproveitamento, mas não é a política do sr. reitor lhe ter como professora da escola, entende?' Eu fiquei com o olho aberto, assim (arregalado). Eu não entendia muito a política, não entendia muito os interesses, os conteúdos. Eu vivia muito assim, nas nuvens, não é? Naqueles dias da vida, na pureza dos sentimentos...Ai, eu saí de lá e fui batalhar um local para trabalhar, mas sem deixar que morressem meus anseios. Então, quando eu vi que não tinha vaga para mim na escola, eu fui à Secretaria da Saúde. Lá, o secretário substituto conversou comigo e me colocou para ser enfermeira de saúde pública. Então, fiquei em saúde pública(...). Ai, quando eu estou nesta beleza, neste encantamento com a saúde pública, a escola precisou de professor para psiquiatria(...) Então, mandaram me chamar(...). Quando eu dava estes estágios, eu ia para o Juliano Moreira, tanto que, em 51, eu já trabalhava no Juliano Moreira, levando as alunas. Mas, eu não tinha nenhum vínculo empregatício (com a Escola de Enfermagem). E, durante este período que fazíamos estágio, eu via como eles trabalhavam lá. Quando eu retornei do Rio de Janeiro (onde fora fazer um curso de especialização na Escola Pestalozzi, através de uma bolsa de estudos providenciada pela própria escola de enfermagem), eu fui à secretaria de saúde e soube que minha vaga na saúde pública tinha sido ocupada por outra pessoa. O secretário (respondeu-lhe): 'Olhe, J., não podemos fazer nada, já temos outra pessoa no seu lugar. Mas, sabe de uma coisa? Tem uma coisa interessante. O Juliano Moreira está precisando de enfermeira, você quer ir? Eu disse quero. e aí foi o meu sonho. Psiquiatria foi o meu sonho. Ah, minha filha, quando eu fui para o Juliano Moreira, eu fiquei lá na colônia, que era lá no Engenho Velho, em Brotas(...)'. "(Enfa. J.P., p. 1-4)

Observe-se, agora, o depoimento de outra informante que antes de ingressar na escola de enfermagem atuava como professora primária. Trata-se de uma enfermeira diplomada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), nos anos 40, que trabalhou no Hospital do Juqueri, nos anos 50:

"Em primeiro lugar por que eu gosto muito de estudar e, terminado o curso normal, eu achei que era um horizonte muito limitado exercer o magistério, lá no interior da Bahia, naquela época. E, recebendo a visita de umas primas que fizeram Enfermagem na Anna Nery, eu fiquei muito entusiasmada com o que elas relataram sobre a escola e sobre a enfermagem. Quando eu terminei o curso normal, falei para o meu pai que eu queria fazer enfermagem lá na Anna Nery. Como éramos onze irmãos, meu pai me disse que ele seria muito feliz se pudesse dar um diploma para cada um, que não podia dar dois. E que ele não tinha condições de me manter fazendo o curso de enfermagem no Rio de Janeiro. Eu fui lecionar, fui a Salvador para fazer o concurso para conseguir uma cadeira de professora no estado. Lá chegando, tive contato com um primo que fazia medicina e esse meu primo me aconselhou a fazer enfermagem. Eu voltei, sem fazer o concurso, e fui lecionar numa escola mantida pela Igreja Evangélica. Na época, era usual as igrejas manterem as suas escolas porque havia muito conflito entre a escola pública e os filhos dos protestantes. Então, eu fui lecionar em Campo Formoso. Terminei o ano, chegando as férias eu voltei para casa; morava em Ponte Nova e lá, mas eu não consegui economizar nada, porque pagava pensão..., enfim, não economizei. Trabalhei mais um ano. Findado este segundo ano também não economizei nada, apesar de ser econômica. Mas não sobrava dinheiro. Então, lá em Campo Formoso tinha uma professora, que era namorada deste meu primo médico, mas ela tinha bastante posses, só tinha duas irmãs e os pais iam mantê-la fazendo enfermagem no Rio de Janeiro. Então, nós ficamos conjecturando como a gente poderia fazer para eu também fazer enfermagem. Pensei, e fiz uma carta para Getúlio (Vargas). E Getúlio me respondeu, encaminhou esta carta para o Ministério da Educação e Cultura, na época, parece que era, e esta carta foi parar nas mãos de Dona Edith Magalhães Fraenkel, que estava fundando a escola de São Paulo. Então, dona Edith entrou em contato com o SESP, que era o Serviço Especial de Saúde Pública, e o SESP me mandou uma bolsa de estudos. Um telegrama avisando da bolsa de estudos. Mas, eu não recebi o telegrama. Eu vim com aquela minha amiga, consegui um pouco de dinheiro e vim e nós levamos quarenta dias da Bahia até aqui; até São Paulo. Por causa da guerra. Foi justamente na época em que foram afundados os nossos navios e estava-se com muita dificuldade de transporte; então a gente veio por terra, enfrentando todo tipo de dificuldade.(...) Como a carta foi parar aos cuidados de dona Edith, eu não fui fazer enfermagem lá no Rio e sim aqui em São Paulo, o que muito me agradou, porque adorei São Paulo, adorei a escola, adorei a profissão e dei tudo que eu podia dar para fazer o curso. Tirei um dos primeiros lugares e no segundo ano a dona Edith me chamou, aconselhando-me a aprender inglês, que eu tinha direito a uma bolsa. Porque, na época, as primeiras colocadas tinham bolsas não é? Mas na época eu já tinha um namorado aqui

em São Paulo e como conversamos ele disse que não. Que, terminando o curso a gente iria casar, que não era para eu ir para os Estados Unidos. E eu tive a imprudência (riso) de aceitar a sugestão dele. Não aprendi, não dominei o inglês, não ganhei a bolsa e eu terminei fazendo outras coisas. (Durante o curso), a escola de enfermagem tinha internato e eu morava lá como todas as outras estudantes. No princípio, as primeiras turmas moraram no Hospital das Clínicas. Quando a minha turma já estava no segundo ano foi que nós fomos para o prédio que hoje é a escola de enfermagem. E mesmo depois de formadas, nós tínhamos direito a residir lá por um ano, até providenciar uma residência compatível com o nosso trabalho, com o nosso status. Mas, terminado esse ano, eu fui para Salvador. O reitor veto convidar enfermeiras em São Paulo e no Rio e eu fui indicada pela minha diretora para fazer parte do grupo que instalou a faculdade de enfermagem em Salvador. A minha opção foi por pediatria. Aqui em São Paulo a minha opção foi por obstetrícia. Gostava muito de obstetrícia, pretendia especializar-me (...). Mas aí fui para Salvador. Fiquei lá dois anos e voltei para casar. Casei-me e lá eu trabalhei em pediatria. Organizamos o HC, quer dizer, lá a gente dava toda a assistência, porque estava num processo de instalação da assistência. Era tudo, menos psiquiatria (ênfase). Aí, eu voltei para São Paulo, trabalhei na Cruz Vermelha, depois trabalhei na Maternidade de São Paulo, organizando a Escola de Auxiliares de Enfermagem, que recebeu o nome de Bráulio Gomes. Quatro anos depois, o Dr. Malta Santos pretendeu instalar uma escola de auxiliares de enfermagem em Franco da Rocha e, conhecedor do meu trabalho, ele me localizou e me convidou para ir para Franco da Rocha. Lá, o objetivo realmente foi instalar a escola de auxiliar de enfermagem. Eu tinha necessidade de estar perto da minha filha, na época com quatro anos, devido ao seu estado de saúde muito delicado. Então, foram duas coisas que me interessaram: estar perto da minha filha e trabalhar numa escola de auxiliares de enfermagem dentro de um hospital psiquiátrico. Porque, quando eu fiz o curso e, no curso, o estágio de psiquiatria, eu fiquei muito sensibilizada com a situação do doente mental. Mais do que sensibilizada: sofrida mesmo. Então, fomos para Franco da Rocha para instalar a Escola e lá já existia um grupo de enfermeiras (...)" (Enfa. V.G., p.1-3)

Note-se que o magistério, profissão considerada tradicionalmente feminina, sempre aparece como ocupação anterior entre as entrevistadas que relataram ter exercido alguma atividade profissional previamente ao ingresso nas escolas de enfermagem e no campo da assistência psiquiátrica. Afora o que já foi discutido, é preciso salientar que, nos anos 40, apesar de estarem vinculadas à estrutura universitária, as escolas de enfermagem dispensavam a formação de nível secundário, exigindo das candidatas a ingresso o grau de

escolaridade elementar ou o certificado de conclusão do curso normal ¹⁴, o que explica o número de professoras entre as alunas não só da Escola de Enfermagem da UFBa, como também da Anna Néry, dentre outras (Carvalho, 1980; Silva, 1986).

Outro aspecto salientado no depoimento acima é que, naquele período, as escolas de enfermagem que seguiam o modelo norte-americano ofereciam muitas oportunidades de crescimento profissional às suas alunas, através de bolsas de estudo e viagens para aperfeiçoamento no exterior, o que constituía um grande atrativo para as moças oriundas das classes dominantes ou da classe média que decidissem seguir esta profissão (Carvalho, 1980; Silva, 1986).

Por outro lado, conforme sugerem os relatos anteriores, um número bastante reduzido de enfermeiras escolhia a psiquiatria como área de atuação. Esta questão emergiu mais explicitamente no depoimento fornecido pela primeira docente a lecionar a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), fundada em 1950, que se refere da seguinte forma aos motivos que a levaram a trabalhar em psiquiatria:

"Eu me formei em Juiz de Fora, em Enfermagem (...). Eu sou carioca, mas fui estudar em Minas. Passei lá minha infância e adolescência e fui fazer enfermagem lá em Juiz de Fora. É como lá a escola estava no início, nós fazíamos muitos estágios na Escola de Enfermagem de São Paulo. E um dos estágios que eu fiz foi em psiquiatria. A gente fez em salas cirúrgicas e em Saúde Pública. Todas as coisas que não tinham campo em Juiz de Fora. Lá, na escola de São Paulo, fomos fazer a parte prática em Franco da Rocha, (...) em mais ou menos 1950, mais ou menos... (...) A gente recebia toda teoria em Juiz de Fora e ia a campo com trabalho preparado... com a professora Elizabeth... não lembro o sobrenome. Eu gostei do estágio (ênfase). Era uma coisa horrorosa (ênfase), mas de todas as alunas fui a que mais gostei. Porque vi que era eu a que menos se assustava. A professora ficava sentada e nós, alunas, ficávamos junto com o paciente. E nós não sabíamos o que falar para um paciente, mas eu, pelo meu temperamento ou sei lá o que, me firmei em fazer enfermagem psiquiátrica. Como eu era do SESP, bolsista em Saúde Pública, eu tinha recebido uma bolsa para fazer o curso de enfermagem e nós tínhamos o compromisso de ir para qualquer lugar do país. Nós éramos 5 bolsistas. (...) E eu vim para o sul. (...). A escola daqui tinha sido recém inaugurada e eu fui designada para vir para cá. Achei, e minha família também achou, um absurdo, porque isto aqui (Porto

¹⁴ Nesta época, o curso normal ainda não era equiparado aos cursos secundários, como por exemplo o clássico e o científico, conforme Safiotti (1976).

Alegre) era o fim do Brasil. Em 1952, eu tinha vinte e poucos anos, sozinha...Demorava-se mais ou menos cinco horas para chegar aqui de avião (...) Cheguei aqui, a escola era super organizada, porque a diretora tinha feito toda sua formação em John Hopkins e a escola daqui era uma Escola Modelo (ênfase). A escola daqui era anexa à Escola de Medicina, como a lei mandava (ênfase). Eu já fui logo para o campo de Enfermagem Psiquiátrica. eu era a única de todas as professoras que queria fazer Enfermagem Psiquiátrica. E então, a primeira turma que saiu da Escola de Enfermagem passou pelas minhas mãos (ênfase)". (Enfa. N.M.Z., p. 1-2) (grifo nosso)

Tal como algumas outras informantes, o trecho acima revela que a escolha pelo trabalho em psiquiatria teve como principal motivação a identificação com a especialidade. Observa-se, ainda, que, apesar da precariedade que a entrevistada detectava nos estabelecimentos psiquiátricos e na própria formação que recebera para trabalhar na área, o interesse pelo trabalho com doentes mentais fora despertado durante o curso de enfermagem, de modo semelhante ao que fora apontado por outras entrevistadas que optaram por este campo de atuação.

Por outro lado, verifica-se que, ao contrário da posição da entrevistada, a grande maioria de seus colegas de escola e dos enfermeiros que com ela conviviam não compartilhavam do mesmo interesse pela psiquiatria. Pensa-se que as razões deste desinteresse estavam associadas aos preconceitos em relação aos doentes mentais e aos estabelecimentos de saúde a eles destinados e às condições de trabalho neles existentes, cuja deterioração é mencionada acima.

É de se supor que tais questões tenham contribuído para reduzir o número de enfermeiras que procuravam um emprego no campo da assistência psiquiátrica, mas certamente não se pode atribuir-lhes exclusivamente a explicação pela carência destas profissionais nos estabelecimentos psiquiátricos nos anos 50. Tal como ocorria em Porto Alegre, nos demais 141 estabelecimentos psiquiátricos existentes em todo país, em 1957, as enfermeiras constituíam apenas 2,4% do pessoal de enfermagem, de acordo com os dados apresentados no Relatório Final do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil-1956/1958 (Associação Brasileira de Enfermagem, 1980, p. 91). É preciso considerar também que, apesar da expressiva expansão numérica de escolas de enfermagem no país, a partir dos anos 50 (o que, em parte, permite compreender porque o ingresso das enfermeiras nos hospitais psiquiátricos deu-se a partir deste período), a formação de um maior número destes profissionais não teve maior repercussão para a

assistência psiquiátrica, pois tais instituições dificilmente contratavam um número expressivo deste tipo de profissional devido ao custo de seu trabalho.

Uma situação semelhante a relatada pela enfermeira N.M.Z. em relação aos preconceitos e ao desinteresse das enfermeiras pelo campo da psiquiatria, embora diferente no que diz respeito a motivação pelo trabalho nesta especialidade, aparece no depoimento que será examinado a seguir. Trata-se de uma enfermeira que ingressou no campo da assistência psiquiátrica como atendente numa clínica privada, em 1960, antes de cursar a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Durante seu curso, a informante estagiou por um ano no Hospital São Pedro. Após diplomar-se ingressou como enfermeira neste estabelecimento e especializou-se em Enfermagem Psiquiátrica na UFRGS. Questionada sobre o que a levava a trabalhar em psiquiatria, ela relata o seguinte:

"Bom, eu fui trabalhar em psiquiatria por...Eu tinha necessidade de ter uma ocupação. Na época eu fazia o segundo grau¹⁵ e andava em busca de um emprego. E vejo um anúncio no jornal, que hoje me dou conta de como era capcioso, (por)que não falava que era uma clínica de psiquiatria, não é?Dizia que se a gente era bem falante e tinha, estava no segundo grau ou já tinha cursado, que se apresentasse no endereço tal. Eu fui. E, em nenhum momento desconfiei que seria uma clínica de qualquer ordem, quanto menos psiquiátrica. E nessa época, tinha muita gente, umas cinquenta e cinco pessoas(...). E fui; depois de uma hora mais ou menos, fomos recebidas por uma pessoa extremamente simpática, que nos convida a entrar e só depois que estávamos numa sala, tipo de um anfiteatro, em círculo, é que ela pergunta se nós sabíamos que na placa dizia Associação Encarnacion Blaya. E, para nós, isso não significava absolutamente nada. E, aí, ela perguntou se nós sabíamos o que era aquela Associação; não, não sabíamos. 'É uma clínica psiquiátrica, de internação de pacientes agudos.' E daí foi um susto. Já algumas pessoas diziam...Eu estava com uma irmã também, com a mesma disposição que eu de trabalhar, mas que logo me piscou o olho e...Ela fora, não é?E aí fomos conversando, fomos vendo, assim, as histórias de cada um, resumidamente, o que fazia, o que achava da doença mental,...). Aquela época se enfatizava, assim, a 'doença mental' (ênfase). E fui vendo que algumas pessoas não conseguiam sequer falar, tão apavorados estavam. E eu fui uma das pessoas que...Eu estava tão assustada que eu caí da cadeira lá pelas tantas(...). Ansiosa, preocupada, gelada...E, mas eu disse: 'Sabe que eu acho que doente mental é uma barra, eu já vi muitos loucos por aí, tenho medo, mas te olhando, tu vieste lá de dentro, aonde eles estão?' Ela disse: 'Vim.' 'Então, te olhando, eu já começo a

¹⁵ O que a informante refere como 2º. grau era conhecido até 1970 como ensino médio.

modificar, porque tu estas tão bonita, não é? Sem nenhum arranhão, sem nenhum machucado' (...) Essa pessoa foi assim, uma pessoa muito flexível e muito amorosa (...) E de certa maneira, ela desconstruiu muito o grupo e foi passando, assim, muita segurança...Eu sei que nesse momento aí, eu senti que eu tinha uma curiosidade muito grande, muito medo, não é? Medo da agitação, da agressão, da loucura, das conversas desencontradas, que isto culturalmente a gente já tem a informação, não é? Eu tinha, nesta época, a noção de que uma tia minha era doente mental, que tinha passado um ano num hospital psiquiátrico e eu não conheci ela; estava no interior. Então, tudo isso aí foi me mobilizando, assim, uma curiosidade (ênfase), a primeira coisa. E um desafio. Então fomos convidados. Destes cinquenta e cinco, vinte e cinco ficaram, se dispuseram a ficar para fazer um estágio probatório. O estágio deve ter durado uma semana e, para mim, ele parecia que demorou um mês, não é?" (Enf.1. de B., p. 1-2)

O trecho transcrito evidencia que, inicialmente, a motivação da entrevistada para ingressar no campo da psiquiatria foi a necessidade de assumir uma ocupação, tal como já se identificou nos depoimentos dos demais segmentos do pessoal de enfermagem aqui analisados. Entretanto, a tal necessidade veio se acrescentar o temor de trabalhar junto aos doentes mentais, devido às experiências pessoais e aos preconceitos sociais que se tinha em relação a estes indivíduos, na época. Na continuação do depoimento, ela explica o desenvolvimento do estágio probatório, que motivou-a a escolher a psiquiatria como campo de atuação, e na qual especializou-se anos depois, quando concluiu o curso de Enfermagem.

Cabe, ainda, comentar que as formas de ingresso para enfermeiras nas instituições psiquiátricas de Barbacena, São Paulo, Porto Alegre e Salvador praticamente não se diferenciavam das já identificadas para os demais segmentos do pessoal de enfermagem. Como se pode verificar nos relatos acima, não há qualquer menção à realização de concursos ou a outros mecanismos sistemáticos de seleção. A entrada destas profissionais nos estabelecimentos psiquiátricos foi permeada ou por indicações (e aqui aparecem novamente as alusões ao clientelismo político e às peculiaridades da política regional, que na época atingiam não só os hospitais como também a universidade), ou por convites que, no entanto, indicam uma forma de tratamento bem diferente da recebida pelos demais trabalhadores de enfermagem.

Diversamente da situação dos leigos, as religiosas que ingressavam no campo da assistência psiquiátrica faziam-no por motivos diferentes dos que foram apresentados até aqui. A irmã de caridade entrevistada expôs os motivos que levaram as religiosas da

Congregação de São José, à qual pertencia, a trabalhar no Hospital São Pedro. A própria informante, que atuou naquela instituição desde 1951, relatou o seguinte:

"Eu vim para cá, Hospital São Pedro, em 1951. Quando eu cheguei aqui já estava...assim numa época que estava melhorando a psiquiatria no RS, mas eu sei do que vem atrás pelo que me contaram as antigas irmãs e os funcionários antigos que estavam aqui. Quando eu vim para cá, os tratamentos, o São Pedro tinha em média quatro a cinco mil doentes. A gente recebia pacientes assim...de todos os estados, sem discriminação nenhuma.(...) É como gosto muito dos doentes mentais, eu adoro, eu fico aqui (no Hospital) e passo pelo que tiver que passar, porque só de poder dizer ao doente 'Como vai?', o doente me dizer o nome dele, eu já me sinto feliz. E ajudá-lo, tira-lo do chão, dar uma palavra...Milagres eu não consigo mais fazer, a não ser botar para dentro alguns desabrigados, às vezes, que eu vejo na rua, que estão me pedindo. É assim a chegada, a minha caminhada até aqui, de 1951 até hoje.(...). Porque nós sempre fomos contratadas, porque sendo contratadas a supervisora tinha manejo conosco, ela podia transferir uma de cá para lá. O Estado, se ele tinha, pagava a lista de sessenta e uma (freiras), ele não fazia questão que fosse a Maria Eugênia, tinha que ter uma enfermeira no lugar e pronto.(...) E todos anos a gente se formava, nossa turma era muito grande. De sessenta, cinquenta (irmãs) e a primeira casa a ser favorecida era o Hospital São Pedro. Tínhamos uma turma de oito ou nove que vinham todos os anos para cá. Então, nós substituímos as outras, que já estavam velhinhas e muitas outras que terminavam morrendo aqui. Não iam embora. O velório era feito aqui, elas eram enterradas aqui. Desde a primeira que veio aqui, que era a madre Francisca, as irmãs que vieram para aqui foram procuradas na França, porque elas conheciam doentes mentais. As primeiras eram da França, eram de origem francesa. A madre François, Francisca, e a Felicidade eram francesas. Duas irmãs, elas conheciam doentes mentais, como era o manejo com doentes mentais e elas vieram da França e nós, aqui do Brasil, nos incorporamos a elas. E os primeiros doentes eram da Santa Casa. A Santa Casa forneceu este terreno para construir o São Pedro e para poder os doentes mentais virem para cá." (Ir.P., p. 1, 24-25)

E prossegue o relato mencionando outras religiosas que a antecederam ou foram suas contemporâneas, contando que muitas delas faleceram por terem contraído doenças infecto-contagiosas, como por exemplo a tuberculose, no próprio Hospital São Pedro.

Conforme se verifica no trecho acima, a motivação que levou a entrevistada a atuar em psiquiatria era eminentemente religiosa e caritativa. Iniciou sua vida religiosa na Santa Casa de Misericórdia, onde atuava no pavilhão de Neurologia, no qual recebeu formação

como auxiliar de enfermagem, conforme conta em outra passagem de seu depoimento. Por determinação da congregação religiosa foi enviada ao Hospital São Pedro, pois, como explica, havia um intercâmbio entre os diversos estabelecimentos de saúde de Porto Alegre em que a Congregação de São José atuava.

Do ponto de vista historiográfico, outro dado importante fornecido por esta informante é o fato de que, em Porto Alegre, as primeiras enfermeiras religiosas com preparo específico em psiquiatria eram de origem francesa, tal como ocorrera no Rio de Janeiro no final do século XIX. A chegada de irmãs francesas, em 1910, para atuar no Hospital São Pedro¹⁶, sugere que a procura pelas enfermeiras francesas para atuar no campo da psiquiatria não representou uma atitude isolada ou pontual, haja visto que em ambos sua contratação deu-se num período de menos de 20 anos e numa tentativa de empregá-las para solucionar a falta de pessoal leigo devidamente qualificado para atuar junto aos doentes mentais.

Por outro lado, é preciso considerar que o trabalho realizado por religiosas, por sua natureza essencialmente caritativa, poderia adequar-se melhor à precariedade das condições de trabalho existentes nos estabelecimentos psiquiátricos, pois este aspecto era compreendido pelas irmãs como parte de sua missão caridosa e por isso não o submetiam a questionamentos.

Chega-se ao final do presente capítulo. A discussão dos depoimentos possibilitou não só identificar os motivos que levaram o pessoal de enfermagem a ingressar nos estabelecimentos psiquiátricos governamentais de São Paulo, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e Barbacena, como também a existência de uma relação entre os motivos apontados e o contexto histórico que os levou a procurar um trabalho em psiquiatria. Neste sentido, verificou-se que, para distintos segmentos do pessoal de enfermagem, a busca por este tipo de atividade assumiu diferentes significados, determinados, por sua vez, pelas condições materiais de existência. Para o grupo originário da classe trabalhadora, cuja posição social acarretava reduzidas oportunidades educacionais e de inserção no mercado de trabalho formal, impossibilitando-lhes realizar escolhas profissionais, o ingresso nos hospitais psiquiátricos decorreu da necessidade de sobrevivência econômica. Ao contrário destes, o grupo composto pelas enfermeiras, cuja origem social possibilitou-lhes maiores oportunidades educacionais e condições de proceder a uma escolha profissional, a procura

¹⁶ A vinda das religiosas francesas é também registrada por Godoy (1952), que conviveu com as mesmas. Este autor explica que até serem contratadas pelo próprio Diretor do Hospital São Pedro, a assistência de enfermagem era executada exclusivamente por leigos naquele estabelecimento.

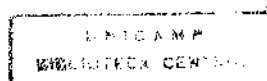
pele trabalho em psiquiatria esteve relacionada predominantemente à identificação com a especialidade.

DÉBORA ISANE RATNER KIRSCHBAUM

**ANÁLISE HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE EN-
FERMAGEM NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, NO PERÍODO
COMPREENDIDO ENTRE AS DÉCADAS DE 20
E 50**

VOLUME II

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
1994**



(Assinatura)
Orientador(a)

CAPÍTULO III - AS MODALIDADES DE PREPARAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA IMPLEMENTAR OS PROJETOS PSIQUIÁTRICOS NAS INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS, NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE OS ANOS 20 E 50.

Conforme explicitou-se no capítulo anterior, tanto a insuficiência de estabelecimentos de ensino de enfermagem destinados a formação de pessoal de nível elementar, médio e superior, quanto as características dos processos de seleção existentes nas instituições psiquiátricas brasileiras entre as décadas de 20 e 50 não asseguravam o recrutamento de indivíduos com preparo formal específico em enfermagem para o trabalho em psiquiatria, o que levou as próprias instituições psiquiátricas a assumirem o processo de preparação de pessoal para assistir aos doentes mentais.

Também já foi visto que, desde o último quartel do século XIX, os alienistas apontavam a desqualificação dos trabalhadores empregados nos hospícios brasileiros e a insubordinação dos mesmos às normas disciplinares daqueles estabelecimentos como um obstáculo para a implementação do projeto psiquiátrico de transformação do hospício num instrumento terapêutico. Dai a necessidade de preparar enfermeiros para prestar cuidados aos doentes mentais, baseados em princípios científicos, ter constituído um tema frequente no discurso dos dirigentes das instituições psiquiátricas públicas brasileiras (Porto-Carrero, 1932, Moreira, 1933; Pacheco e Silva, [193-]; Godoy, 1952), sobretudo do Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo, no período compreendido entre as décadas de 20 a 50.

Entretanto, a importância atribuída a tal questão nos discursos nem sempre redundou em iniciativas concretas, haja visto que a organização de estabelecimentos de ensino destinados à preparação de enfermeiros para as instituições psiquiátricas ocorreu em apenas algumas cidades, como, por exemplo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, não se generalizando para outros locais do país naquele período.

A partir da reconstituição histórica destas práticas, verifica-se que os processos de preparação do pessoal de enfermagem para trabalhar nas instituições do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo, Barbacena e Salvador, assumiram formas diversificadas em cada local e em distintos períodos. Conforme observou-se, tais processos estruturaram-se fundamentalmente de dois modos: um, através do ensino formal, onde o conteúdo da aprendizagem era organizado de forma sistematizada através do currículo, da seriação das disciplinas e regulamentado através de instrumentos jurídicos. Outro, através da educação

informal, não sistematizado, em que o indivíduo aprendia a cuidar do doente em seu próprio local de trabalho, através da transmissão oral de regras e normas e de formas de abordagem do doente mental transmitidas no cotidiano do processo de trabalho pelos diferentes agentes (trabalhadores de enfermagem ou psiquiatras) que atuavam no espaço hospitalar. Muitas vezes, os dois modos de preparação ocorriam ao mesmo tempo, no interior de uma mesma instituição.

Mas, além disso, um aspecto importante que é preciso considerar em relação a estas práticas de preparação adotadas no interior do próprio processo de trabalho é a sua potencialidade como mecanismo de disciplinamento. O ensino durante o trabalho possibilitava também aos instrutores exercer uma vigilância sobre o comportamento dos aprendizes, observar como portavam-se, como realizavam as tarefas, constituindo assim uma forma de operar a disciplina no processo de ensino. Na realidade, transmissão de conhecimento e aquisição de regras disciplinares faziam parte de um mesmo dispositivo no processo de treinamento (Foucault, 1977), o que, no caso da preparação do pessoal de enfermagem foi um aspecto extremamente importante, como se verificará ao longo desta exposição.

Deste modo, a discussão das condições históricas que possibilitaram a emergência destes diferentes modos de preparação e suas principais características constituem o tema do presente capítulo. Num primeiro momento, são analisadas as experiências de formação de enfermeiros desenvolvidas no Rio de Janeiro e em Porto Alegre no período compreendido entre as décadas de 20 a 40. Resgata-se o processo de criação das escolas de enfermagem no interior das instituições psiquiátricas, seu desenvolvimento e as condições históricas que determinaram ou a extinção ou a absorção das mesmas pelo modelo Nightingale. Num segundo momento, enfoca-se a preparação de trabalhadores de enfermagem realizada no interior do processo de trabalho nas instituições, desenvolvida nos cinco estabelecimentos psiquiátricos estudados, ao longo do período de 20 a 50. E, finalmente, numa terceira etapa, discute-se as formas assumidas pelos processos de preparação de pessoal de enfermagem de nível universitário, cujas características mantiveram-se até hoje.

III.1. A emergência e a consolidação do ensino de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e Porto Alegre nos anos 20 a 40

O processo de constituição da enfermagem enquanto profissão, ou seja, como campo de saber e práticas específicas, subordinados ao poder e ao saber psiquiátrico, esteve profundamente articulado à trajetória de formação e de ampliação das instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro e de Porto Alegre.

Em meio ao processo de reorganização da assistência psiquiátrica, ocorrido a partir dos anos vinte, observa-se toda uma movimentação em torno da organização de escolas e de cursos de formação de pessoal de enfermagem no Rio de Janeiro e em Porto Alegre. Conforme já dito anteriormente, na então capital federal, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, subordinada a Assistência aos Psicopatas, passou por uma importante reestruturação em 1921, regulamentada através de seu primeiro regimento interno, no qual estabeleceu-se a divisão da escola em três seções: uma seção mista, uma feminina e uma masculina. Destas, somente as duas primeiras foram postas efetivamente em funcionamento, tendo sido a primeira mantida no Hospício Nacional, com a mesma denominação anterior. A seção feminina foi transferida para uma nova sede, situada na recém criada Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, passando a chamar-se Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. No mesmo regimento, atribuiu-se a direção de cada seção aos diretores dos respectivos serviços em que as mesmas seriam instaladas. Além disso, alteraram-se os requisitos para matrícula de candidatos na escola e introduziram-se modificações no currículo, que serão analisadas a seguir.

Enquanto isso, em Porto Alegre, criou-se a Escola Profissional de Enfermagem Especializada, cuja organização, duração, condições para matrícula e corpo docente do curso são prescritas no Regulamento do Hospital São Pedro, aprovado em 1925. Todavia, a escola só passaria a funcionar efetivamente quatorze anos depois, ou seja, em 1939, por motivos que serão discutidos a frente

Como pretende-se demonstrar aqui, a organização destas escolas constituiu uma importante estratégia para introduzir a disciplina no interior do espaço asilar, tão necessária à consolidação do hospício como instrumento terapêutico e à instalação dos programas de higiene mental. Aqui se utilizará a definição de Foucault (1977, p.126), para quem a disciplina consiste em *"métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de utilidade-docilidade,*

são o que podemos chamar de disciplinas." Isto porque, enquanto espaço de exercício do "poder disciplinar" (Foucault, 1977), as escolas não só possibilitavam a aquisição de conhecimentos a respeito do doente mental e do modo de tratá-lo pelo pessoal de enfermagem, como também proporcionavam a introjeção de normas disciplinares que constituíam a base do modelo terapêutico.

É sob este enfoque que serão examinadas a seguir as formas assumidas por estes processos de formação, as semelhanças, bem como as diferenças existentes entre eles, decorrentes das especificidades locais.

III.1.1. A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento de Assistência aos Psicopatas e a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto.

Não há dúvida de que a reestruturação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência aos Alienados do Distrito Federal foi uma resposta à ineficiência apresentada por este estabelecimento de ensino, enquanto mecanismo de formação disciplinar da enfermagem para o hospício e as colônias do Rio de Janeiro, até a década de vinte.

Segundo Moreira (1990), a despeito da reinauguração promovida por Juliano Moreira em 1905, até o início dos anos 20, o funcionamento da escola foi bastante precário, devido às dificuldades de toda ordem: não possuía um regimento interno, nem dotação orçamentária própria, nem sede fixa, nem diretor próprio, já que o cargo era ocupado pelo Diretor do Hospício Nacional de Alienados. A falta de espaço físico inviabilizava a separação sexual entre os alunos (já que tratava-se de uma escola mista), obrigando os dirigentes a desenvolver as atividades da turma feminina no período da manhã e as da turma masculina no período noturno, conforme registrado na ata da congregação da Escola. Além disso, suas atividades sofriam freqüentes interrupções, o que provavelmente explica a inexistência de registro de diplomas anteriores a 1921, conforme a mesma autora (Moreira, 1990).

Mas, se por um lado as reformulações previstas no primeiro regimento interno da escola permitiram aos dirigentes efetivar a separação dos alunos de acordo com seu sexo e reorganizar o processo de qualificação de força de trabalho para atuar no hospício e nas colônias recém inauguradas, dotando-lhe maior eficiência, por outro lado não foram

suficientes para garantir a formação dos agentes de enfermagem necessários para a ampliação dos serviços psiquiátricos que possibilitariam a implementação dos programas de higiene mental.

Deste modo, em 1923, ao inaugurar o ambulatório de profilaxia das doenças mentais e o primeiro serviço aberto para psicopatas na Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, Gustavo Riedel criou também o curso de monitoras de higiene mental. Quatro anos depois, este foi incorporado ao currículo da escola de enfermagem, transformando-se no Curso de Visitadora Social, através do decreto 17.805 de 23 de maio de 1927, que reorganizou a Assistência aos Psicopatas. Nele, estabeleceu-se que o curso de enfermagem teria duração de dois anos, acrescidos de um terceiro, mediante o qual as diplomadas obteriam o título de visitadora social (Moreira, 1990).

Pelo exposto acima, nota-se que, além de preparar enfermeiros (as) para preencher os vazios de mão-de-obra qualificada para os hospitais civis e militares existentes na época, finalidade prevista em seu decreto de criação ¹, a partir dos anos 20, a preparação do pessoal de enfermagem esteve realmente dirigida à formação de quadros para serem incorporados à assistência ao doente mental, no interior dos estabelecimentos da Assistência aos Psicopatas. Neste sentido, verifica-se que as transformações operadas na forma de organização dos serviços e da assistência ao doente mental produziam modificações imediatas no modo de organização do ensino de enfermagem, acarretando o surgimento de novas especializações e a inclusão de conteúdos em seu currículo correspondentes a introdução de inovações científicas e tecnológicas introduzidas pelos psiquiatras naqueles serviços no período de 20 a 40.

Nos primeiros anos da década de vinte, a apreensão dos princípios do tratamento moral e da concepção de loucura como doença mental constituíam o próprio cerne do processo de formação, o conteúdo em si do ensino de enfermagem.

Sendo assim, o objeto do ensino era a transmissão de um saber sobre o cuidado ao doente mental e este correspondia a um saber sobre a doença, o doente e a forma de tratá-lo, para que se pudesse conhecê-lo, enquadrá-lo e intervir sobre seu comportamento. Desenvolvido no interior do próprio processo de trabalho, sob a orientação direta do psiquiatra e do pessoal de enfermagem que atuava na colônia, este ensino consistia

¹ Estes eram os propósitos apresentados pelos dirigentes da Escola, o que não significa que de fato todos os alunos fossem absorvidos nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro.

sobretudo no aprendizado da abordagem e do manejo do paciente psiquiátrico pela enfermagem, conforme mostra o depoimento reproduzido a seguir:

"Só ensinavam que a gente tivesse paciência, que visse eles como doentes, como criança. Tivesse muita paciência e, mas ao mesmo tempo energia, para eles não tomarem liberdade. Porque, se elas tomassem liberdade com você, era o mesmo que filha...Elas te batiam como se fosse uma filha.(...)Então, a gente tinha que estar enérgica com elas, para elas não tomarem liberdade com você. Eles ensinavam...ensinavam que quando a gente percebesse que elas estavam ficando alteradas era para levar para uma sala e cuidar delas bem. Não podia bater. A gente podia apanhar, mas bater, não (ênfase)(...) E o Dr.Gustavo e a D.Albertina também. Não consentiam nada disso. Não se podia fazer nada. A gente podia apanhar, mas nunca bater." (Enfa. M.P., p.9)

A concepção de doença e do doente mental que emerge nos depoimentos, revela a visão medicalizada da loucura, - ou seja, do louco como doente mental e, portanto, objeto de intervenção médica -, que passou a predominar no discurso psiquiátrico brasileiro desde a segunda metade do século XIX, sendo incorporada ao discurso e às práticas de enfermagem pelos alunos da escola. A percepção do comportamento do paciente como manifestação de doença, o entendimento de que ele deveria ser visto como uma criança, ensinados às enfermeiras nos anos 20 e expressos no trecho acima, correspondem a uma analogia entre o louco e a criança estabelecida pelos alienistas franceses no final do século XVIII (Foucault, 1978).

Segundo Birman (1978), os idealizadores do tratamento moral defendiam a idéia de que, por não ter controle sobre si mesmo e não regular-se pelas relações que estabelecia com os outros, mas tão somente por suas tendências egoístas, o louco poderia ser comparado a uma criança, já que ambos eram dependentes de alguém para sobreviver, necessitavam ser tutelados. Sendo assim, *"o tratamento moral realizaria esta 'segunda educação', recolocando os controles perdidos para submeter as maldades naturais."* (Birman, 1978, p.373) (grifo do original), como se tal terapêutica fosse um reviver a educação recebida na infância, na qual a criança aprendia a viver em grupo e a respeitar as regras da sociedade em que estava inserida.

Esta infantilização do doente mental, produzida originalmente pelo discurso alienista e incorporada ao da enfermagem no processo de formação, reproduziu-se nas

representações e nas práticas dos enfermeiros para além dos anos vinte ² (quando o tratamento moral aparentemente teria sido relegado a um segundo plano pelos psiquiatras, em virtude da introdução das terapias de choque), de acordo com o que se apreende em outros depoimentos referentes a décadas posteriores, dos quais o reproduzido abaixo é um exemplo:

"Porque o doente mental, para mim, ele é uma criança. Uma criança grande, uma criança adulta. Mas é criança. Eles fazem as coisas sem saber o que estão fazendo. Então, temos que... nós, enfermeiros, auxiliares, atendentes ou vigilantes temos que ter toda a atenção voltada para ele, para este paciente. (...), um caso que aconteceu quando eu entrei, comecei a trabalhar aqui na Colônia. Isto em 1940. Eu, no primeiro dia que eu trabalhei, eu recebi um bofetão de um doente. Estava na fila para o paciente tomar o café da manhã. E eu, o inspetor, por sinal seu D., e mais uns guardas, que naquela época davu-se o nome de guarda. Era o vigilante, hoje o vigilante. E quando eu botei a mão no paciente, disse: 'Meu filho, vamos tomar um café. Ele virou-se e me deu um bofetão. Eu perdi quase os sentidos. Então, quando me refiz, eu voltei. Para reagir. Sinceramente, eu era um inexperiente, estava iniciando uma tarefa, não é? (...) Mas, aí, então, eu fui para revidar. Então, o D. disse assim: 'A., calma! Ele está te dando um abraço pelo dia de Natal, porque nós estamos na véspera do Natal (...) Então não vai revidar porque se ele não fosse doente mental, ele não estaria aqui e você não estaria ingressando hoje no emprego.' Então, realmente aquilo me serviu de estímulo, de exemplo, de... para mim então poder passar mais tarde para os meus auxiliares, porque eu continuei trabalhando, depois passei a trabalhar na enfermagem e sempre tratando o paciente, o doente mental, com carinho que ele realmente merece, porque tomei aquilo por base. Se ele fosse normal, eu não teria o emprego aqui. Então, nós teríamos que ter todo o cuidado com o doente mental." (Aux.Enf.A.B., p.5)

Por certo, não se pode atribuir exclusivamente ao ensino de enfermagem (formal ou informal) a incorporação de tal concepção do louco como criança, na medida em que, além dele, outros mecanismos foram fundamentais para plasmá-la entre o pessoal de enfermagem (e na sociedade brasileira). Com efeito, tal visão materializou-se inclusive em instrumentos jurídicos como o Código Civil brasileiro, vigente no período de 1916 a 1942, no qual estabelecia-se que "são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os

² Até hoje, observa-se esta infantilização do doente mental nos discursos e nas práticas produzidas pelo pessoal de enfermagem nas instituições psiquiátricas brasileiras, conforme assinalam diversos autores (Humerez, 1988; Loyola, 1990; Fraga, 1993)

loucos de todo gênero", além de uma série de outras restrições, que asseguravam a tutela deste indivíduo ao Estado, à família e à psiquiatria (Uchoa, 1981, p.132).

Mas além desta concepção, o processo de formação possibilitou a incorporação de outros elementos do tratamento moral ao discurso e às práticas de enfermagem. Trata-se das atitudes que o enfermeiro deveria assumir em relação ao doente mental e das técnicas de abordagem que deveriam ser empregadas, as quais, na prática, tornaram-se os instrumentos do cuidado de enfermagem.

Nos depoimentos acima, observa-se que os entrevistados enfatizavam a importância da paciência, do cuidado, do carinho, da energia, da atenção para com o doente e da observação de seu comportamento como atributos indispensáveis à sua prática, de acordo com o que haviam aprendido em seu processo de formação. Pois bem, embora alguém possa objetar que esta visão originou-se no modelo religioso da enfermagem, pensa-se que, neste caso, o lugar de produção deste discurso foi o alienismo.

Conforme já foi mencionado no primeiro capítulo, os psiquiatras enfatizavam a importância das atitudes do enfermeiro na abordagem ao doente mental como um elemento fundamental para o êxito do tratamento. Em um artigo escrito no início dos anos 30, que comporia um dos capítulos do Manual para Enfermeiros de Psicopatas que a Liga Brasileira de Higiene Mental pretendia publicar, Juliano Moreira enumerava as características que deveria possuir um enfermeiro de alienados, segundo o que ele próprio julgava, a partir dos ensinamentos que extraía da obra do psiquiatra belga Julio Morel. Para Juliano Moreira, o enfermeiro possuía um papel ativo no tratamento, sendo suas *"atitudes e comportamentos"*, um elemento que contribuía para a melhora do doente e uma garantia para a eficácia do tratamento médico. Segundo o autor, um enfermeiro de psicopatas deveria possuir as seguintes qualidades: paciência, bom temperamento, firmeza, doçura no trato com os doentes, traduzidas em expressões faciais e corporais e numa conduta moral exemplar. No seu modo de ver, a posse de tais atributos permitiria ao enfermeiro tornar-se um exemplo para os pacientes que estavam sob seus cuidados, assegurando-se, assim, a melhora dos mesmos. Conforme afirmava, tais qualidades não eram inatas, mas poderiam ser aperfeiçoadas progressivamente, mediante o treinamento coordenado pelo psiquiatra. Contudo, para que pudessem ser adquiridas era necessário que o enfermeiro possuísse determinados requisitos: o zelo, a boa vontade, a perseverança. Segundo Moreira (1933, p.81)

"De há muitos anos os cuidados aos alienados constituem uma arte especial. Dai a necessidade que tem o enfermeiro de conhecer a fundo, para bem aplicá-las, algumas regras fundamentais. (...) Um guarda deve ser o mais precioso auxiliar do tratamento. O guarda fiel cumpridor das prescrições médicas adquire a simpatia e a afeição de seus chefes. Aprendeu a viver com seus doentes, a calmar suas dores morais. Ele os considera como irmãos a quem almeja ardentemente o restabelecimento completo. O enfermeiro de doenças mentais, além de boa memória, exatidão e prontidão de espírito, doçura para com os doentes, capacidade de observação e previdência, deve possuir, além disso, paciência ilimitada, sangue frio e domínio absoluto de si mesmo."

Além de favorecer a aquisição destas atitudes, o processo de formação foi a instância privilegiada para o ensino das técnicas de abordagem ao doente. Como mostram os depoimentos, a partir da década de 20, os psiquiatras proibiram o uso da violência física, instrumento predominante empregado por guardas e enfermeiros para controlar os pacientes.

Tal proibição estava relacionada à intenção dos psiquiatras de extinguir o castigo corporal, substituindo-o por outras técnicas que permitissem atingir o moral do paciente, através de privações e punições. No dizer de Foucault (1977, p.16), *"o castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos"*. Assim, preconizavam que, em substituição a ela, o pessoal de enfermagem utilizasse a persuasão como técnica disciplinar. Somente nos casos em que ela não alcançasse sucesso, e desde que sob o conhecimento e autorização do médico, o enfermeiro poderia lançar mão dos métodos de contenção (celas fortes, camisas de força, hidroterapia).

Deste modo, as técnicas disciplinares que regiam o cotidiano do hospício e das colônias tornar-se-iam cada vez mais sutis. E, por isto mesmo, mais sofisticadas, atenuando a importância do uso da violência e da força física como meio de obtenção da obediência e da docilidade dos internados.

Pelo que apreende-se dos depoimentos acima, à medida que as táticas herdadas do tratamento moral iam sendo introduzidas no espaço asilar através do processo de formação, os agentes de enfermagem passavam a incorporar tais mecanismos de disciplina ao seu modo de pensar e agir. Porém, quando estas regras disciplinares não eram devidamente cumpridas, os psiquiatras recorriam à punição do próprio faltoso, o que servia de exemplo aos outros alunos. É o que se verifica numa passagem do depoimento da enfermeira M.P., em que ela

refere-se às consequências advindas do mau trato às doentes, relatando uma situação em que uma colega fora severamente punida por Gustavo Riedel, sendo demitida por ter reagido com agressão física a uma mordida dada em sua mão por uma paciente, o que confirma a intenção firme de Riedel de não permitir agressões físicas aos pacientes, qualquer que fosse o motivo.

Contudo, isto não significa que a repressão e o emprego da violência tenham desaparecido dos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro nos anos 20. Conforme se verificou-se no depoimento do Enfo.Prát. D.C., a despeito das proibições existentes no regulamento, a violência de alguns enfermeiros no trato com o doente mental persistiu no Hospício Nacional. Ele relata um caso em que um enfermeiro empregou força excessiva e feriu um paciente para obrigá-lo a permanecer dentro de uma banheira durante uma sessão de balneoterapia. Mas significa que, sobretudo através do disciplinamento dos agentes de enfermagem, as formas mais explícitas de exercício da violência no tratamento ao doente mental tenderam a ser substituídas por outras técnicas, que nem por isso deixam de ser consideradas violentas (Foucault, 1981; Basaglia, 1985).

Os princípios organizadores da vida asilar e, conseqüentemente, o papel reservado à enfermagem neste cotidiano foram adquirindo novos contornos no período compreendido entre os anos 20 e 40. As transformações produzidas, seja no saber psiquiátrico, seja no modelo assistencial adotado, ao mesmo tempo em que possibilitaram um maior ordenamento do espaço hospitalar e da vida dos agentes de enfermagem, através do processo de formação, condicionaram importantes mudanças no discurso e nas práticas de enfermagem ali desenvolvidas.

O currículo adotado pela Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e pela seção mista da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no período de 20 a 40 refletia as transformações por que passara o saber psiquiátrico desde o início do século no Rio de Janeiro.

Em 1905, por iniciativa de Afrânio Peixoto, os psiquiatras introduziram um currículo diferente do previsto no decreto de criação da escola e do que seria adotado no início dos anos 20. Tal currículo era composto pelas seguintes disciplinas, distribuídas ao longo de dois anos de duração do curso:

Anatomia e Fisiologia Elementares,

Pequena Farmácia e Administração de Medicamentos,

Curativos e Pequenas Cirurgias,
Higiene Geral e Noções de Patologia,
Tratamento aos Alienados
Prática Administrativa.

O currículo oficial, estabelecido em 1921, apresentou algumas alterações em relação ao anterior; modificou-se a denominação de certas disciplinas e outras foram introduzidas, como se verifica a seguir:

Ciências Físicas e Naturais,
Noções de Anatomia e Fisiologia,
Higiene e Patologia,
Enfermagem Elementar,
Administração,
Organização Sanitária,
Ética,
Noções de Propedêutica Clínica e Farmacológica,
Prática de Pequenas Cirurgias,
Ginecologia, Obstetrícia
Enfermagem Cirúrgica.

Note-se que de um currículo que enfatizava exclusivamente o saber de enfermagem voltado ao cuidado ao doente mental, passar-se-ia, nos anos 20, a um currículo mais voltado aos aspectos da clínica médica e cirúrgica, assim como modificar-se-ia a abordagem de disciplinas que tratavam especificamente dos cuidados de enfermagem. A duração de dois anos de curso foi mantida, dando-lhe um caráter terminal.

Em 1927, como já dito, foi-lhe acrescido um terceiro ano, ao final do qual as alunas da seção feminina recebiam o diploma de Visitadora Social (Moreira, 1990), mas não foram localizados documentos que descrevessem as disciplinas que o compunham.

Marcado pela psiquiatria organicista e pela higiene mental, o saber psiquiátrico objetivava-se não só no currículo formal, através das disciplinas que compunham o curso de

enfermagem, mas, principalmente no conteúdo desenvolvido durante as aulas teóricas e práticas, que eram ministradas, respectivamente, na Colônia do Engenho de Dentro e no Hospício Nacional. Nestas, havia uma ênfase nos estudos anatomopatológicos, na farmacologia, na cirurgia e na higiene, assim como nas práticas laboratoriais, que eram desenvolvidos em aulas expositivas, mas principalmente através de demonstrações, aulas práticas em laboratório e nas próprias enfermarias e ambulatórios dos estabelecimentos psiquiátricos. Nestes eram realizados todos os estágios práticos que, diferentemente do que ocorria nos anos 20, envolviam o aprendizado o enfoque do ensino de enfermagem, fosse ele ministrado formal ou informalmente, eram dirigidos não só ao tratamento do doente mental, como também ao de pacientes portadores de outras patologias que exigissem intervenções médicas clínicas ou cirúrgicas³, conforme depreende-se dos depoimentos a seguir.

Questionados sobre o conteúdo programático específico das disciplinas, sobre o que lhes era ensinado, os entrevistados explicam que eles não se limitavam a conhecimentos de psiquiatria, mas:

"(...) aprendia de tudo...sendo que a cadeira de psiquiatria tinha que fazer um tanto lá (no Hospício Nacional), um tanto aqui. Nós tínhamos um enfermeiro lá no Pavilhão Pinel (no Hospício Nacional), que antigamente eles faziam uma injeção na medula do camarada, o remédio eu não sei o que era...eu só sei que fazia. Porque para pegar a medula do doente, às vezes, quando eu cheguei a fazer, o Dr. Galotti dizia: 'Mande chamar o Mário...Mário, olha aí, vai.' Era para tirar o liquor da espinha.(...)" (Enfo. D.C., p.12).

"(...)Nós tínhamos a especialidade de otorrinolaringologia, o professor, Dr Gastão Guimarães era professor.(...), no ambulatório ele trabalhava e nós acompanhávamos eles também, naqueles dias todos em que ele dava plantão. A gente tinha (estágios), no ambulatório tinha uma enfermaria pequena onde fazia-se cirurgia, toda cirurgia grande e pequena. Tinha sala de operação naquele ambulatório pequeno, sabe? E nós acompanhávamos."(Enfa. P.S., p.3)

"(...)Tinha farmácia, na Colônia (do Engenho), tinha laboratório, quem trabalhava no Laboratório era o Dr. Paulo, ele que fazia os exames, aquelas pesquisas(...).E nós fazíamos estágio junto com o Dr.Paulo, independente dele ser nosso professor de físico-química, nós fazíamos estágio com ele ali." (Enfa. P.S.,p.3)

³ Como, por exemplo, tuberculose, problemas otorrinolaringológicos e ginecológicos.

Sobre o que lhes era ensinado especificamente na disciplina de psiquiatria elas relatam o seguinte:

"(...) Ensinaavam os tipos de doenças, os tratamentos, o que a gente tinha que fazer. No meu tempo não podia chamar de maluca, tinha que ser doente mental(...) Então eu sabia. A primeira prova que eu fiz, eu tirei o terceiro lugar em psiquiatria." (Enfa. P.B., p.4)

"Na sala Paulo Costa, essa eu me lembro bem. Eu trabalhei nesta sala, eu e todas as alunas fazíamos estágio ali, onde ficavam as agitadas, sabe? Ali, as agitadas, era com banho morno que se dava e a gente era obrigada a passar ali e, às vezes... eu até levei uma bofetada de uma doente na Paulo Costa ⁴.(...)"(Enfa. P.S.,p.3)

Através do ensino teórico e prático, pretendia-se despertar o pessoal de enfermagem para a necessidade de se conhecer mais acuradamente o doente mental, ou seja, os sinais e sintomas típicos de cada patologia, sempre enfatizada no discurso psiquiátrico da época, a fim de aprimorar as classificações que resultariam numa nosografia mais completa e que, conseqüentemente, permitiriam aos agentes de saúde uma intervenção terapêutica mais eficaz.

A seriação das disciplinas e os professores responsáveis por elas são descritos de forma mais clara e ordenada no depoimento da enfermeira P.S., embora também apareçam nos demais, sugerindo a forte vinculação entre a disciplina e o professor, lembrando o sistema de cátedra, que caracterizava o ensino no país naquele período.

"O diretor da escola, naquela época (1936), era o Dr.Ernani Lopes. Os professores, no primeiro ano, eram Dr.Mário Leite, era professor de patologia, anatomia e fisiologia, o Dr.Cardoso, que era de administração hospitalar, era o Dr.Paulo Schirch, professor de física e química. De psiquiatria, nós tivemos, mas já no segundo, terceiro ano. Era o Dr.Gustavo Augusto de Rezende. Mas, nós tínhamos Medicina Social no primeiro ano, era o Dr. Hugo Viana, era diretor, era da matéria de higiene e medicina social. No segundo ano tinha cirurgia, era o Dr.Alfredo Correia de Oliveira Neto. (...) Depois nós tivemos, no terceiro ano, estudamos Psicologia, com o Dr Airoso, Doenças Infecto-Contagiosas, Dr.Walter Goulart, Dra.Juana Lopes de Almeida ensinava...com a Dra. Juana é que a gente ia para as enfermarias(...), era psiquiatria também."(Enfa. P.S., p.2-3)

⁴ Observe-se que a sala Paulo Costa, constantemente referida nos depoimentos das alunas da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, era destinada ao isolamento e contenção das pacientes "agitadas", na Colônia do Engenho de Dentro.

O exposto acima demonstra que, efetivamente, os psiquiatras tomaram a si a tarefa de formação do pessoal de enfermagem, envolvendo-se diretamente no ensino teórico e prático, o que indica a importância que atribuíam à formação destes profissionais para a concretização de seus projetos.

Segundo se depreende dos depoimentos, a preocupação com o preparo das(os) enfermeiras(os) para trabalhar em diferentes especialidades médicas nas duas primeiras séries estava relacionada tanto à necessidade de qualificação de pessoal para os Programas de Higiene Mental criados naquele período, quanto às necessidades de pessoal para os próprios hospitais psiquiátricos, já que, na época, a assistência ao doente mental e os tratamentos médicos empregados pautavam-se em uma visão organicista da doença mental. O emprego quase que exclusivo do tratamento moral e das terapias biológicas nos anos 30 implicava num treinamento do pessoal de enfermagem voltado ao desenvolvimento de habilidades técnicas e de procedimentos de enfermagem complementares ao ato médico.

As características deste treinamento e das práticas de enfermagem desenvolvidas no interior do processo de trabalho na instituição foram descritas pelos entrevistados da seguinte forma:

"...a gente fazia as coisas, acompanhava as que já eram formadas. Nós cuidávamos delas (as pacientes), ficávamos ali com elas, dávamos banho, dávamos todas aquelas prescrições que os médicos passavam. A gente observava, tinha aquelas papeletas com os quadros de temperatura, pulso, tudo. Tinha uma enfermaria. Nos pavilhões não se tirava temperatura, nem pressão, nem nada disto. Tinha uma enfermaria que era dos pavilhões. Toda doente que ficasse com uma doença intercorrente àquela que já tinha ido para aquela enfermaria. Então, a Dra. Juana, que era a chefe da enfermaria, era ela que nos instruía, não é? Ela explicava como é que se fazia para tirar a temperatura, a dar banho e a dar as medicações..." (Enfa. P.S., p.3)

Neste caso, cabia à médica a responsabilidade pelo ensino de técnicas específicas de enfermagem.

Mas, na segunda situação, descrita abaixo pela Enfa. P.B., nota-se que as enfermeiras também assumiam o papel de instrutoras, responsabilizando-se pelo treinamento e supervisão das técnicas de enfermagem executadas pelas alunas no campo de estágio⁵:

⁵ Segundo Almerinda Moreira (1990), apenas a partir de 1943, as enfermeiras passaram a assumir a regência de disciplinas que ministravam conteúdos específicos de enfermagem, particularmente das técnicas de enfermagem.

"A enfermagem era com elas (enfermeiras). Os médicos davam a teoria, mas a prática era com elas. Eram enfermeiras formadas pela Alfredo Pinto. E elas faziam curativos, ensinavam a gente a fazer curativos, ensinavam a gente a lidar com as doentes. E coisas assim."

E - E precisava fazer muitos curativos?

"Muito, mas muito(ênfase) Elas calam. Tinham feridas. Toda manhã tinha que fazer curativo. Limpava com permanganato, tirava aquelas crostas,...), lavava, botava remédio e enfaixava." (Enfa. P.B., p.7)

O conteúdo desenvolvido em Higiene Mental nos dois primeiros anos do curso foi mencionado poucas vezes pelos entrevistados, levando a supor que nestes períodos era dado menos ênfase a esta disciplina do que no terceiro ano, correspondente à formação das visitadoras sociais.

As alunas que obtiveram este título esclareceram alguns pontos sobre o conteúdo do curso de Visitadora Social e sobre a atuação destas profissionais, que coincidem com o papel que lhes era atribuído no discurso dos psiquiatras. Veja-se como elas relembram sua formação e atuação como visitadoras:

"Eu fiz o curso de visitadora social. A visitadora ia visitar as famílias, ia visitar as doentes. Só doente mental...na visita, via como as doentes estavam, quando elas iam para casa. Depois que elas iam para casa, a visitadora ia lá acompanhar o doente, ver como elas estavam passando, o estado delas, como eram tratadas em casa Se estavam seguindo a medicação que o médico dava, não é?" (Enfa. P.S., p.4)

Questionada em relação a como eram recebidas nas residências dos pacientes, ela explica:

"Éramos bem recebidas, sim. Algumas (pacientes) voltavam para o hospital. Essa A..(paciente), tinha uma A. que era horrível(ênfase). Ela ia para casa e pouco depois voltava. Voltava assim, meio agitada,e ia para a, como chamávamos, a sala das agitadas, que era a sala Paulo Costa. E nós íamos visitar ela em casa, ela e as outras." (Enfa. P.S. p.4)

Através das visitadoras, Riedel pretendia ampliar o alcance da atenção psiquiátrica, estendendo-a para além dos limites do hospital e das colônias, com o objetivo de consolidar,

assim, os programas de higiene mental por ele implantados no Rio de Janeiro, na primeira metade dos anos 20. Conforme se extrai dos depoimentos, o processo de formação das visitadoras sociais de fato caracterizou-se pelo desenvolvimento de atividades de cunho preventivo, dirigidas aos doentes mentais, e que visavam aprimorar a assistência psiquiátrica, através do aperfeiçoamento de serviços psiquiátricos extra-hospitalares. Como sugerem os relatos, tais ações tinham por objetivo oferecer uma assistência domiciliar ao paciente, através de pessoas formalmente qualificadas, capazes de identificar sintomas e controlar a obediência ao tratamento prescrito.

Por outro lado, é inegável que tais medidas possuíam um potencial importante de controle social (Costa, 1989), na medida em que possibilitavam conhecer, esquadrinhar e intervir sobre a vida do doente mental e de sua família, como indicam as descrições da atuação da visitadora nos depoimentos acima.

Outro aspecto levantado nos depoimentos é o caráter de especialização atribuído à formação das visitadoras, na medida em que, de modo diferente do que ocorria nas primeiras séries, o terceiro ano do curso era dedicado fundamentalmente aos estudos de psiquiatria, como se vê no depoimento seguinte:

"A visitadora social era (um curso realizado) só no terceiro ano. Mas muito pouca gente fazia esse. A gente aprendia tudo. Era gostoso. A gente aprendia psicologia, estudava. Tinha Medicina Social, atendia doente em casa. Aprendia como é que se tratava doente em casa, os sintomas, o modo e tudo mais. Era (dirigido) para doente mental. O terceiro ano era só para doente mental. Eles preparavam tudo. A enfermeira social era para atender em casa. Por exemplo, mandavam a gente na casa da doente, (a gente) aprendia a fazer a contenção naquelas doentes mais bravas. Mas eu nunca fiz." (Enfa. P.B., p.8)

A pouca procura pelo curso de visitadora social mencionada no depoimento acima é confirmada pela documentação da escola. Segundo Moreira (1990), de 1921 a 1934, de um total de trezentos e sessenta e um alunos diplomados em seu curso fundamental, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto, conjuntamente, diplomaram duzentas e quinze moças, enquanto o curso de visitadora social diplomou trinta e cinco alunas, num total de oitenta matriculadas, no período de 1927 a 1934 ⁶. Portanto, tais dados mostram que num período de treze anos a Escola formou uma

⁶ O incêndio nos Arquivos da Escola, destruindo seus acervos, inviabiliza uma comparação destes dados com os referentes ao período de 1907 a 1921. Todavia, estes números contradizem a afirmação daquela autora de que, neste período, a Escola começou a cumprir seu papel de formar enfermeiros para os hospitais psiquiátricos, civis e militares, pois se considerada a média anual de diplomados vê-se que não eram em

média de onze alunos por ano e, em sete anos, uma média de cinco visitadoras sociais por ano.

Embora as entrevistadas não tenham se detido na discussão dos motivos desta evasão no terceiro ano, suas colocações levam a pensar que a continuidade deste período de estudos era dificultada pelas condições sócio-econômicas das estudantes, que inviabilizava a permanência delas na escola, na condição de aluna principalmente nos casos em que estas não conseguissem ingressar no regime de internato. Também é provável que, por não possuir recursos orçamentários próprios naquele período, as dificuldades financeiras enfrentadas pela escola não possibilitavam a ampliação das vagas em regime de internato que, como se mostrou anteriormente, era um dos fatores determinantes para o ingresso das alunas na mesma.

Outro fator que pode ter contribuído indiretamente tanto para que as alunas não prosseguissem seus estudos, quanto para que os alunos abandonassem a escola nos dois primeiros anos do curso era a inexistência de mecanismos que garantissem sua promoção na carreira de enfermagem nos próprios estabelecimentos do Departamento de Assistência aos Psicopatas. Conforme se verifica nos Livros de Registro de Empregados da Colônia Juliano Moreira (onde constam também fichas de vida funcional de trabalhadores da Colônia do Engenho de Dentro), a ascensão na carreira ocorria por designação do diretor do estabelecimento e em função do mérito do funcionário. Os casos em que os profissionais eram promovidos ao cargo de enfermeiro em decorrência de sua titulação eram raros e dentre estes só havia o de uma enfermeira diplomada pela Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional no período referente a 1920 e 1938.

Finalmente, embora não se tenha conseguido localizar qualquer documento que indique precisamente em que época o curso de visitadoras foi extinto, supõe-se que tenha funcionado pelo menos até 1940. Isto por duas razões. A primeira é que, em 1942, a escola passou por nova reestruturação, que revisou suas finalidades, criando um curso de especialização em enfermagem psiquiátrica, dirigido a enfermeiros já diplomados (Moreira, 1990; Pontes, 1971, p.206), que, supostamente, tomou o lugar do curso de visitadoras, conforme discutir-se-á mais adiante. A segunda, devido ao desaparecimento dos serviços abertos e ao abandono das idéias preventivistas, que serviam de suporte aos primeiros

número suficiente para suprir as necessidades de pessoal qualificado nos referidos estabelecimentos. Um indício de que isto não ocorria são as queixas dos psiquiatras em relação a falta de pessoal para atuar nos estabelecimentos psiquiátricos, apresentadas no mesmo trabalho

programas de higiene mental, às quais só seriam retomadas nos anos 70, mas com características um pouco diferentes daquelas dos psiquiatras dos anos 30 (Costa, 1987).

Afora estas questões, verifica-se que, durante todo o período de 20 a 40, este processo de formação trazia implícita a integração dos processos disciplinares ao processo pedagógico e ao saber e às práticas de enfermagem, não como um elemento a mais, mas como elemento constituinte do processo de formação do pessoal de enfermagem. Tal adestramento dava-se no interior do processo de trabalho no hospital, organizado através de rotinas que mantinham o estudante integral e continuamente inserido na assistência direta aos pacientes.

Deste modo, a distribuição dos indivíduos no espaço, o controle do tempo dos alunos, enfim, a vida do aluno na instituição eram previstos detalhadamente, e suas ações eram continua e permanentemente controladas, através da vigilância hierárquica exercida por psiquiatras e enfermeiras. Era o emprego destas técnicas que possibilitava estabelecer a disciplina no interior do espaço asilar (Foucault, 1977, p.126). O cotidiano de estudos e de trabalho na Escola e no Hospital, que nos possibilita apreender tais processos de disciplinamento, é descrito por uma entrevistada da seguinte forma:

"O dia-a-dia (...), como era, não é? Nós acordávamos às sete horas e iam tomar café no pavilhão, as internas, e as externas chegavam às oito horas. Ai, eram distribuídas para os seus respectivos lugares, cada uma ia lá para o lugar que estava destinada. Quando chegava na hora do almoço, a gente vinha e almoçava, e as aulas, então, eram depois do almoço.(...) Quem era interna trabalhava(...), por exemplo: de manhã, nós éramos distribuídas pelos laboratórios, pelos ambulatórios, pela farmácia, pela enfermaria. Cada uma tinha que passar, tinha já aquele roteiro que nós tínhamos que passar por todos. Todas nós passávamos pela enfermaria, pelo laboratório, pela farmácia, pelo Raio X. Até no Raio X nós passávamos (ênfase) Agora, quando estava no segundo ano, nós passávamos também no ambulatório, no ambulatório onde existia enfermaria de cirurgia, enfermaria de pediatria, enfermaria de otorrinolaringologia, ajudávamos a preparar o doente para operar garganta, mastóides, essa coisa toda.(...) Na cirurgia também, a gente ajudava a preparar o doente para operar"(Enfa. P.S., p.5)

Conforme os demais depoimentos, além das atividades citadas, fazia parte da rotina diária das alunas externas e internas a realização de plantões noturnos nas enfermarias, particularmente na Sala Paulo Costa, onde eram mantidas as doentes agitadas. Segundo a Enfa. M.P., no período em que esteve na Escola (de 20 a 23), as alunas tinham direito a

quatro folgas por mês, ou seja, uma por semana, nas quais podiam afastar-se da Colônia. No mesmo período, além do internato, recebiam uma pequena ajuda de custo, correspondente a trinta mil réis.

A distribuição das alunas e dos alunos pelos diferentes pavilhões da Colônia ou do Hospício ficava a cargo das enfermeiras, chamadas inspetoras, a quem cabia também a vigilância dos mesmos e a manutenção da disciplina na instituição. Às vezes, estas inspetoras eram recrutadas entre as próprias alunas, que assumiam a vigilância das colegas mais novas, segundo foi descrito tanto por M.P., que desempenhou tal função no início dos anos 20, quanto por outras duas entrevistadas, que relataram haver uma vigilância das alunas do 3º ano sobre as do 2º ano, durante as atividades práticas e destas pelas enfermeiras diplomadas.

Desta forma, as rotinas que regulavam o processo de treinamento permitiam tanto organizar o funcionamento da instituição, mediante o ordenamento de suas multiplicidades, quanto regular o aprendizado e o trabalho realizado pelos alunos. Relatando o cotidiano do processo de formação no interior da Colônia do Engenho de Dentro, uma das entrevistadas explica que todas as atividades circunscreviam-se a um espaço físico delimitado, fechado e distribuído da seguinte forma:

"Era tudo na Colônia do Engenho de Dentro. Tinha o pavilhão das alunas. No alto, ficava o segundo ano. No terceiro ano, nós éramos (ficávamos) só (entre as alunas) do terceiro ano. No primeiro, segundo e terceiro ano, as aulas eram no Pavilhão Eptácio Pessoa, já um (pavilhão) especializado, sabe ? (...) Só tinha aula prática na farmácia, ambulatório, nas enfermarias, nesses lugares assim." (Enfa. P.S., p.2)

Neste sentido, o internato e a circunscrição das alunas ao espaço fechado da Colônia (na qual não possuíam nenhum contato com o exterior, nem mesmo com os alunos da seção mista da escola, que funcionava no Hospício situado na Praia Vermelha) constituíam uma forma de controle permanente e contínuo do tempo e da distribuição dos estudantes no espaço asilar. Além deles, o roteiro de distribuição das mesmas pelo hospital, estabelecido pelas enfermeiras e pelos psiquiatras, permitia localizá-las em qualquer lugar da Colônia, em qualquer hora do dia, como também determinar em que local deveriam estar e o que deveriam estar fazendo. Portanto, a distribuição dos indivíduos no espaço e o controle das atividades, através da determinação de um horário para cada tarefa específica e a ocupação total do tempo das alunas, garantiam a máxima vigilância sobre as mesmas durante o tempo que permaneciam na Escola.

Associada a estes dispositivos disciplinares, a vigilância, ou o olhar hierárquico, possibilitava aumentar o poder disciplinar no interior da instituição psiquiátrica. Como depreende-se dos depoimentos, o controle realizava-se através da vigilância das alunas umas sobre as outras, das enfermeiras já formadas sobre as alunas e do diretor sobre todo o pessoal de enfermagem.

A definição da função de inspetoras especificamente para as enfermeiras diplomadas, a quem cabia vigiar o comportamento do pessoal de enfermagem, sobretudo durante o próprio processo de trabalho, é um exemplo das formas assumidas por estes mecanismos disciplinares, na medida em que estes, em seu processo de instalação, iam inclusive criando novas atribuições dentro do processo de trabalho, proporcionando uma maior eficiência das técnicas de dominação do aluno/trabalhador ⁷.

Em síntese, tal vigilância possibilitava obter a obediência das alunas às normas da instituição e, por conseguinte, aumentar a eficiência do treinamento e a utilidade do trabalho, tendo em vista os objetivos/fins da instituição.

Neste sentido, estes dispositivos disciplinares, engendrados por meio do processo de formação, também contribuíram para consolidar o hospício enquanto espaço terapêutico, na medida em que, através deles, pôde-se construir agentes dóceis e suficientemente disciplinados que reproduziam na relação com os pacientes os mesmos mecanismos aos quais haviam sido submetidos. Consequentemente, tornavam-se também sujeitos de tais processos disciplinares, na medida em que lhes cabia regular, controlar e executar constante e permanentemente a distribuição dos pacientes no espaço hospitalar, o controle de suas atividades e a vigilância sobre o seu comportamento, assim como intervir nos casos em que os pacientes não se subordinassem às normas. Um exemplo disso, freqüentemente mencionado nos depoimentos, são as condutas adotadas pelas alunas em relação aos quadros de agitação, como por exemplo o isolamento das pacientes na sala Paulo Costa e o uso da hidroterapia.

Para concluir, é importante ressaltar que, da discussão realizada até aqui, é importante perceber o quanto o aprendizado de enfermagem integra o conhecimento de técnicas de abordagem do doente mental que se constituem ao mesmo tempo em técnicas disciplinares, especialmente no campo da psiquiatria. Ou seja, o aprendizado das formas de lidar com o doente é, em si, o aprendizado dos meios de submetê-lo, de controlar seu comportamento, enfim dos meios de discipliná-lo, tornando-o dócil e obediente.

⁷ Sobre a criação de novas funções como a do inspetor no processo de trabalho, ver Foucault (1977).

Graças ao processo de formação de enfermeiros aqui descrito, foi (e é ainda hoje) possível transformar o (a) enfermeiro (a) no agente que poria em curso tais processos e práticas disciplinares, constituindo-se ora como objeto, ora como sujeito das mesmas.

Passa-se, agora, ao exame da experiência de formação de enfermeiros implementada em Porto Alegre, cujas características permitem aclarar outros aspectos da conclusão a que se chegou até aqui.

III.1.2. A Escola Profissional de Enfermagem Especializada da Assistência a Psicopatas do Estado - 1939/1952.

Em Porto Alegre, a primeira tentativa de organização da Escola de Enfermagem deu-se em meio ao processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Rio Grande do Sul, que culminou com a aprovação do Regulamento do Hospital São Pedro em 1925, com a nomeação de um novo diretor, em 1926, e com a centralização da direção dos três estabelecimentos psiquiátricos até então existentes (o Manicômio Judiciário, a Colônia Agrícola de São Jerônimo e o Hospício São Pedro) nas mãos de um único dirigente, através da criação da Assistência aos Alienados do Estado, em 1927.

No Regulamento do Hospital São Pedro, aprovado em 29 de dezembro de 1925, estabelecia-se que o hospital deveria manter uma Escola de Enfermeiros em suas dependências, cuja finalidade seria preparar profissionais, num curso com dois anos de duração. Caberia ao Diretor do Hospital São Pedro a superintendência da escola; a designação do corpo docente, que seria constituído pelos médicos e pelos internos do hospital; a atribuição das disciplinas aos professores; e a organização dos programas de aulas em conjunto com os mesmos. Determinava-se, ainda, que um mínimo de oito aulas por mês seriam ministradas em cada disciplina e que estas deveriam ser distribuídas da seguinte forma:

Primeiro Ano

Noções Práticas de Anatomia e Fisiologia;

Higiene;

Técnica Terapêutica (1ª. parte);

Segundo Ano;

Noções Práticas de Propedêutica Clínica;

Curativos e Pequena Cirurgia;

Técnica Terapêutica (2ª. parte), inclusive dietética.

Para concorrer a uma vaga na Escola de Enfermeiros, os candidatos deveriam apresentar "*boa conduta privada e pública*", além de "*saber ler e escrever*". Como condição para frequentá-la, exigia-se do candidato que se comprometesse a "*prestar, a título de aprendizagem prática, serviços de ajudante de enfermeiro, mediante a compensação de mesa e cama, quando escalados em serviço, e uma gratificação pro-labore.*" Prevvia-se, ainda, que, ao concluir o curso e caso fosse aprovado nos exames finais por uma comissão composta por docentes da escola, o aluno receberia um certificado que o habilitaria à "*promoção, quando se derem vagas, com a classificação e merecimento, ao posto efetivo de enfermeiro.*" Todavia, quem não cursasse a escola e desejasse candidatar-se a uma vaga de enfermeiro no Hospital São Pedro seria obrigado a prestar exames de todas as disciplinas do curso, tal como ocorria com os alunos matriculados; caso fosse aprovado, poderia ocupá-la, de acordo com a classificação obtida nas provas. Estabelecia-se ainda que, nos casos em que houvesse igualdade de condições, dar-se-ia preferência para o candidato que já trabalhasse no hospital.

Não há dúvida de que, naquele momento, a criação da escola e a normatização de seu funcionamento - particularmente no que diz respeito ao ingresso de candidatos- foram vislumbradas como um meio de resolver o problema da insuficiência numérica de pessoal de enfermagem para o hospital psiquiátrico. É interessante lembrar que, neste período, a administração da assistência de enfermagem era realizada pelas irmãs de caridade francesas - que haviam sido contratadas em 1910 -, cujo número não excedia a cinco em 1927, e por uns poucos enfermeiros leigos (sem qualquer preparo formal), que as auxiliavam no atendimento aos aproximadamente oitocentos internados (Godoy, 1952). Neste sentido, a organização da escola e a conseqüente utilização dos alunos na prestação da assistência possibilitariam aumentar numericamente a força de trabalho em enfermagem com um baixo custo econômico, como também propiciariam a formação de pessoal de enfermagem para a assistência psiquiátrica, uma vez que, nesta época, inexistiam profissionais devidamente qualificados no país.

Apesar disso, a organização da escola ficou apenas no papel, pois até 1938 não foram tomadas quaisquer iniciativas para viabilizar o seu funcionamento. Com certeza, as questões político-partidárias regionais e a falta de atenção das autoridades governamentais com relação à questão da assistência psiquiátrica, das quais decorreram a falta de recursos econômicos e as dificuldades de ordem político-administrativas que marcaram o funcionamento do Departamento de Assistência aos Alienados no período de 1926 a 1937, não só tornaram inviável a inauguração da escola, como provavelmente levaram os dirigentes a abandonar sua proposição. Uma evidência disso é que, ao retomar-se a proposta de organização da escola no final dos anos 30, não é feita nenhuma referência a existência de tentativas anteriores neste sentido, o que indica que, naquele período, nem sempre o que se previa a nível da legislação era contemplado na prática e que os regulamentos serviam mais para prescrever diretrizes, que muitas vezes não eram efetivamente cumpridas, do que para legitimar práticas institucionais já em uso.

Deste modo, o início das atividades desta escola de enfermagem só ocorreria efetivamente quatorze anos depois, em meio a um novo processo de reorganização da assistência psiquiátrica, de constituição da primeira sociedade científica e de cursos dirigidos aos profissionais de diferentes áreas, em torno da higiene mental e em um contexto educacional bem mais favorável à constituição de cursos profissionalizantes do que o que marcara as décadas anteriores.

É certo que, num período como o final dos anos 30, em que as autoridades governamentais e os dirigentes das instituições psiquiátricas empenhavam-se em dotar de maior eficácia suas ações, a qualificação do pessoal de enfermagem transformava-se num problema que exigia soluções urgentes. Afinal, pensavam os dirigentes, como seria possível empregar novos recursos terapêuticos, se não existia pessoal devidamente qualificado para operá-los?

Godoy (1952), ao reassumir a direção da Assistência aos Alienados do Estado em 1937, tratou de obter a criação da escola e de assegurar as condições legais para seu funcionamento, desencadeando no ano seguinte gestões junto ao Secretário de Educação e Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - que, por sinal pertencia à mesma corrente política do então diretor da Assistência aos Alienados - para inaugurá-la e dotá-la com um regulamento. Em 1939, sua solicitação foi atendida.

Através do Decreto nº.7782, de 2 de maio de 1939, foi criada a Escola Profissional de Enfermagem Especializada da Assistência a Psicopatas do Estado e aprovado seu

regulamento. Em tal decreto, figuravam uma série de considerações para justificar a criação da escola, que vale a pena transcrever por retratarem a visão oficial sobre a necessidade de formação de pessoal de enfermagem na época:

"Considerando que o Decreto Federal no. 23.774 de 23 de janeiro de 1934 regulamentou a profissão de Enfermeiro;

Considerando que o Decreto no. 7558, de 11 de novembro de 1938, incluiu o Serviço de Assistência a Psicopatas nos Serviços de Assistência Medico-Social do Departamento Estadual de Saúde;

Considerando que o Hospital São Pedro é o nosocômio oficial do Estado, onde são internados e tratados os psicopatas, toxicômanos e suspeitos de doenças mentais, quando assim o exigirem as perturbações ou reações psíquicas que apresentem;

Considerando que esses casos, pela sua natureza, necessitam de vigilância continua, de cuidados especiais de enfermagem e de assistência social,

Considerando que essa vigilância e esses cuidados e assistência só podem ser dispensados por pessoal tecnicamente habilitado, quer sob o ponto de vista do preparo teórico como prático;

Considerando que ao assistente social psiquiátrico e ao enfermeiro incumbe, respectivamente, compreender e executar as determinações do médico em tudo que respeita aos cuidados, vigilância, tratamento, convívio social com os doentes e as diligências referentes ao inquérito e à assistência social;

Considerando que para tanto lhes é indispensável adquirir previamente um grau de cultura profissional comprovada;

Considerando que esse aprendizado só poderá ser adquirido após haverem cursado as disciplinas de uma escola organizada com essa finalidade;

Considerando que o Serviço de Assistência a Psicopatas reclama para o seu desempenho de nosocômios enfermeiros e assistentes sociais a altura da responsabilidade à sua função;

RESOLVÉ criar a Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas e aprovar o seu Regulamento: para o que baixa o presente decreto."

Os "considerando" apresentados neste decreto indicam que as autoridades gaúchas possuíam conhecimento da legislação de enfermagem vigente à época e, embora não a seguissem à risca, utilizaram-na como argumento para criação do referido estabelecimento de ensino. Além disso, dão a impressão de que no final dos anos 30, diferentemente do que ocorrera no período anterior, a organização da Escola Profissional visava mais suprir a falta de qualificação do pessoal de enfermagem para implementar o modelo terapêutico que seria introduzido no Hospital São Pedro do que recrutar força de trabalho para o hospital, ainda que este objetivo não fosse descartado.

O exame das finalidades da escola anunciadas no Regulamento, então aprovado, confirmam aquela tendência. No seu artigo 1º, estabelecia-se que a Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas tinha por finalidade "ministrar ensino teórico-prático aos auxiliares do serviço técnico do Hospital São Pedro e a outros candidatos à enfermagem de psicopatas." Este entendimento em relação a potencial clientela da escola era compartilhado, na época, pelo diretor do Hospital São Pedro, para quem ela teria por finalidade "dar instrução técnica e incutir conhecimentos aos enfermeiros práticos do Hospital São Pedro e a outros candidatos a cargos de enfermagem no nosso nosocômio" (Godoy, 1952, p.163)

Portanto, vê-se que, ao nível do discurso oficial, a questão da qualificação do pessoal de enfermagem era colocada em um novo patamar, na medida em que, pela primeira vez passava a ser exigida como requisito para a ocupação do cargo de enfermeiro (a) no Hospital São Pedro. O que indica o empenho dos dirigentes em, na prática, aumentar o grau de qualificação do pessoal de enfermagem com vistas à melhoria da assistência ofertada.

Além disto, diferentemente do que se anunciava nos decretos que regulamentavam a seção mista da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto do Rio de Janeiro, desde o início, a escola porto-alegrense foi criada com a finalidade de preparar o pessoal de enfermagem de ambos os sexos para lidar **especificamente com o doente mental**. Ainda no artigo 1º. do regulamento, previa-se que quando fosse organizada a Escola Geral de Enfermagem do Departamento Estadual de Saúde, a Escola do Serviço de Assistência a Psicopatas seria incorporada à primeira e transformar-se-ia, então, num ramo especializado. A proposta de transformá-la num setor especializado de uma escola de enfermagem destinada ao preparo de generalistas, que a

própria Secretaria de Saúde pretendia criar, e a titulação de Enfermeiro de Psicopatas, registrada nos diplomas dos profissionais formados pela Escola do Hospital São Pedro evidenciam o caráter especializado que se pretendia dar à formação daqueles enfermeiros.

Dos depoimentos fornecidos pelos entrevistados que participaram da criação ou que acompanharam as atividades desenvolvidas pela escola nos anos 40, depreende-se que houve uma sintonia entre as finalidades anunciadas no regulamento e as que efetivamente orientaram as atividades do estabelecimento de ensino em Porto Alegre. Observe-se o seguinte relato:

"Teve dois anos em que o Dr Jacinto achou por bem de fundar uma Escola aqui dentro, ah..., voltada para a psiquiatria, que tivesse mais instruções, assim..., mais conhecimentos psiquiátricos. O Dr. Jacinto achou por bem fundar uma Escola aqui dentro, que visasse mais a psiquiatria, que tivesse mais conhecimentos de psiquiatria.(...). As pessoas que se formaram nesta escola tinham título de enfermeira, enfermeira de mão cheia. Eu, por exemplo, sou auxiliar de enfermagem, porque eu fiz na Santa Casa, fui uma das primeiras que fiz na Santa Casa auxiliar de enfermagem em 1950. Mas, muitas irmãs fizeram aqui (no São Pedro) o curso de Enfermagem Especializada, apesar que depois (nos anos 70) tinha um ano de especialização em psiquiatria, que muitas filiadas das enfermeiras como você (entrevistadora), que não fez esta faculdade mesmo (sic), fundada pelo Dr. Jacinto e outros médicos e professores." (Ir.P.C., p.22.)

Como verificar-se-á nos próximos depoimentos, tal como esta informante, os demais também afirmam que a escola foi criada para preparar os trabalhadores do hospital para assistir especificamente pacientes psiquiátricos e que o curso dirigia-se, fundamentalmente, a uma clientela constituída pelos próprios trabalhadores do Hospital São Pedro, tanto leigos, quanto religiosos.

Um elemento que contribuiu decisivamente para que o corpo discente apresentasse a composição descrita pela entrevistada foi a diferença de tratamento adotada nos primeiros processos de seleção em relação aos candidatos que já pertenciam ao quadro do Hospital São Pedro. Para se ter uma idéia, no regulamento da escola determinava-se que os funcionários tinham o direito de matricular-se na mesma independentemente de sua aprovação no concurso público, bastando-lhes requerê-la ao Diretor dos Serviços de Assistência Médico-Social, sem outras formalidades, o que correspondia a um privilégio em relação aos outros candidatos, dentre outros que serão discutidos mais adiante.

Outro aspecto que chama a atenção nos depoimentos sobre a criação e os primeiros anos da Escola Profissional de Enfermagem é o significado que lhe é atribuído pelos entrevistados, sobretudo pelos que trabalharam na enfermagem. Eles referem-se a ela como uma instituição de ensino que gozou de importante prestígio social na comunidade, estendendo-se tal valorização aos profissionais por ela formados. O trecho transcrito acima exemplifica a importância que se dava à formação oferecida pela escola, a ponto da entrevistada atribuir-lhe um *status* de faculdade, ao procurar diferenciar os diplomados pela Escola do Hospital São Pedro do pessoal de enfermagem preparado em outros estabelecimentos. Ela salienta, ainda, que a diferenciação entre a Escola de Enfermagem do Hospital São Pedro e os demais cursos de preparação existentes em Porto Alegre, na época, residia na especialização e no aprofundamento de conhecimentos de psiquiatria, bem como na qualidade do ensino oferecido.

Neste sentido, um aspecto que contribuiu para a valorização social da escola foi a composição do seu corpo docente. No regulamento da escola, aprovado em 1939, estabeleceu-se que a direção da mesma competia ao diretor do Hospital São Pedro e que a regência das disciplinas era de competência dos médicos do próprio hospital, designados pelo Diretor do Departamento Estadual de Saúde. Como mostram os depoimentos fornecidos por dois de seus primeiros professores, afora a intervenção na assistência, os médicos do hospital tiveram um importante envolvimento nas atividades docentes e assumiram integralmente a responsabilidade pelo ensino de enfermagem ministrado na escola. A seguir, eles expõem a participação que tiveram na criação deste estabelecimento e a contribuição que, segundo julgam, ele teve para o aprimoramento da assistência psiquiátrica oferecida naquele hospital:

"Bem, a minha outra iniciativa (além da criação da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal) foi a fundação da Escola de Enfermagem. Acho que foi fundada em 1938. Ela funcionou em 39, 40, 41, 42,... (...) A nossa (escola), que eu me lembro que teve muita eficiência naqueles anos...Foi uma pena só isso (de duração), pois foi um momento de glória do Hospital São Pedro, ter vivido assim com tanto vigor (...). Eu era professor de Anatomia." (Dr. C.M., p. 5)

"O Dr. Godoy criou uma Escola de Enfermagem para formar enfermeiros dedicados à psiquiatria e, num momento lá, faltou um professor. Então, eu fui colocado como um dos professores em relação à venoclise elementar, certos procedimentos que o enfermeiro deveria saber manejar. Então, digamos assim, que eles deveriam saber a introdução da enfermagem de medicina interna dentro da formação psiquiátrica. E, como a senhora

disse, eu fui homenageado por uma turma. E eu gostava, sempre gostei muito de lecionar, gostava do ambiente." (Dr. R.M., p. 11)

Nestes depoimentos, é interessante observar que um dos médicos equipara a criação da escola à constituição da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, sugerindo a importância que atribuía à primeira, enquanto o outro enfatiza a especificidade do curso e a preocupação em integrar o ensino de psiquiatria ao de medicina geral. Não há dúvida que o prestígio e o reconhecimento social que estes médicos possuíam na coletividade porto-alegrense transferiu-se para a escola, o que explica o status a ela conferido pelos entrevistados.

Por outro lado, nota-se que a maioria dos entrevistados atribui a criação da escola à iniciativa pessoal do diretor do Hospital São Pedro, Jacinto Godoy, ressaltando a preocupação do mesmo com a formação de enfermeiros para atuar especificamente no campo da assistência psiquiátrica. Sem dúvida, como diretor, Godoy teve um papel importante não só no processo de organização da escola, mas também para garantir o êxito deste empreendimento. E, para tanto, parece ter contribuído não só o envolvimento dos médicos com as atividades da escola, mas principalmente a sintonia existente entre os diretores do Hospital São Pedro e do Departamento Estadual de Saúde.

Neste sentido, observa-se que, no período imediatamente anterior a inauguração da Escola Profissional de Enfermagem Especializada, além de obter as condições legais mencionadas, o diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas tomou também providências de caráter prático para garantir seu funcionamento efetivo e a valorização de seus diplomados. Dentre elas, adotou um conjunto de medidas que visavam estimular o interesse dos funcionários em adquirir uma qualificação e capacitá-los para preencherem os requisitos necessários ao ingresso na escola, relativos ao grau de instrução.

A adoção de mecanismos de caráter administrativo foram as primeiras medidas tomadas no sentido de obter o envolvimento dos funcionários com a escola e de garantir que a sua criação viabilizasse a qualificação do pessoal de enfermagem do Hospital. Estes consistiam em melhorias financeiras e na adoção de um quadro de carreira para a enfermagem, no qual apenas os enfermeiros diplomados pela escola teriam direito às promoções. Conforme argumentava a direção do hospital (Godoy, 1952), somente através de tais medidas conseguir-se-ia estimular a demanda dos funcionários por qualificação profissional e, conseqüentemente, pelo ingresso na escola, uma vez que os baixos salários pagos ao pessoal de enfermagem e a inexistência de possibilidades de ascensão na carreira

não provocava o interesse dos mesmos em adquirir um preparo formal. A eficácia produzida por estas medidas foi analisada, em discurso proferido na ocasião da abertura do ano letivo de 1942, pelo então Diretor do Hospital, da seguinte forma:

"É um ato de justiça declarar, de público, que se deve ao operoso Govêrno do Gal. Oswaldo Cordeiro de Farias a existência desta Escola, pois a reforma de 13 de abril de 1938, majorou de 50% os vencimentos dos auxiliares do serviço técnico, estabelecendo a hierarquia enfermeiral em classes, criando uma verdadeira carreira, despertando o interêsse por uma profissão, a que outrora só concorriam, em sua maioria, os desajustados de outras profissões, os sem-ofício e, finalmente, os instáveis do trabalho, que não têm estabilidade em nenhuma ocupação fixa." (Godoy, 1952, p.166).

Segundo esclarece um entrevistado, de fato, o estímulo da Direção do Hospital, através da concessão de vantagens aos empregados que concluíssem o curso, incentivou a procura pela formação escolar entre os funcionários. Como vê-se abaixo:

"Eu ganhava 700 cruzeiros. Tinha dois filhos e a mulher. E ainda tinha que trabalhar o dia inteiro. E eu fazendo (a Escola), eu conseguindo..., se eu conseguisse o primeiro lugar (no curso), eu sabia que eu ia ser indicado para a promoção, não é? (...) Não enfermeiro-mor, para ser enfermeiro. Sim, para ser enfermeiro, porque até aí eu era atendente, não é? Eu tive de fazer este curso e, então, seria promovido. De (um salário de) 750 cruzeiros para 1.400, 1.500, uma coisa assim. Dobrava o salário." (Enf. J.C., p.5)

Portanto, no final dos anos 30, a adoção destas medidas cumpriu um importante papel na formação de uma clientela para a escola, mas seus efeitos não pararam aí. Não há dúvida que o estabelecimento de mecanismos de ascensão na hierarquia hospitalar, baseados no grau de qualificação do pessoal de enfermagem, contribuiu também para o disciplinamento do pessoal de enfermagem, legitimando o poder dos que passavam a deter um saber sobre os que não o possuíam.

Alguns anos depois, outra providência adotada para sanar a falta de instrução dos funcionários candidatos à Escola foi a organização de um curso de preparação para ingresso na escola, promovido pelo próprio Hospital São Pedro, cujo funcionamento é relatado abaixo, por um de seus antigos alunos:

"(...) tinha uma professora que vinha aí, do setor de educação (...), para preparar os atendentes para fazer o curso. E eu fiquei estudando aí com ela. Então, o grau de

instrução minha era mínimo, e quando nós fomos fazer o...a preparação para a admissão de enfermagem, eu tinha que fazer um vestibular (sic)." (Info.J.C., p.4)

A partir do depoimento deste entrevistado, apreendem-se as dificuldades que se colocavam aos funcionários que desejassem ingressar na Escola Profissional de Enfermagem, em função do pequeno grau de escolaridade que possuíam, pois este colocava-se como um obstáculo para que acompanhassem um curso que exigia, pelo menos, o domínio de conhecimentos obtidos no ensino elementar. É interessante ressaltar que, paradoxalmente, apesar de previsto no próprio Regulamento da Escola o direito de acesso à mesma aos funcionários do Hospital São Pedro sem a necessária realização do concurso público, em outro artigo do mesmo regulamento determinava-se que os candidatos ao curso de enfermagem deveriam possuir escolaridade elementar comprovada e que nos casos em que não possuissem documentação que a comprovasse, deveriam submeter-se a um exame de habilitação. Na prática, o privilégio proporcionado pela primeira situação foi utilizado somente nos primeiros anos, conforme relata o próprio Godoy (1952, p.181).

Provavelmente existiram outros motivos além dos já explicitados para que o hospital assumisse a organização deste curso preparatório. Dentre eles não se pode descartar o interesse em garantir o ingresso da própria força de trabalho empregada no Hospital São Pedro na escola de enfermagem, uma vez que esta já estava mais adaptada às normas que orientavam o processo de trabalho na instituição, do que alguém que não tivesse se submetido anteriormente àquele processo disciplinar. Isso sem contar a questão dos custos econômicos, pois provavelmente tornava-se mais barato oferecer uma formação elementar aos já empregados que, como se vê no depoimento acima fora custeada pelo próprio Estado, do que dispendir recursos com a contratação de novos funcionários para a vaga de enfermeiros que, por sua vez, não implicaria numa diminuição de custos com a força de trabalho desqualificada, que continuaria sendo necessária para a realização da maior parte das atividades que não exigiam um grau maior de especialização. Saliente-se, ainda, que embora pareça original para a época, tal prática tornou-se bem freqüente nas organizações capitalistas que adotaram o sistema de carreira fechada para seus funcionários (Segnini, 1988).

A esta altura da exposição, já ressaltaram-se elementos que permitem tecer algumas considerações sobre as semelhanças e diferenças do processo de instalação das escolas de enfermagem ligadas às instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro e em Porto Alegre.

De acordo com o que se mostrou até aqui, verifica-se que, apesar de constituídas em momentos e sobre condições históricas diferentes - já que no intervalo de dezesseis anos que separa o início das atividades dos estabelecimentos de ensino de enfermagem do Rio de Janeiro do de Porto Alegre, o país passou por profundas transformações de ordem política, econômica e social - a organização de ambas resultou de articulações políticas que transcenderam os limites das instituições psiquiátricas. No entanto, se no Rio de Janeiro elas possibilitaram tão só as condições materiais e legais para o funcionamento das seções feminina e masculina da escola, em Porto Alegre permitiram ir mais além. Conforme se viu, graças às ligações políticas do diretor do Hospital São Pedro com as autoridades estaduais foi possível adotar uma política de pessoal que facilitou a captação de uma clientela para a escola, entre os próprios funcionários. Isto tornou-se possível porque, em Porto Alegre, a qualificação foi transformada num critério para ascensão na hierarquia hospitalar, enquanto no Rio de Janeiro o mesmo não aconteceu necessariamente, pois lá, como se viu, outros critérios eram utilizados para promover a mobilidade funcional.

Outra distinção ainda, foi o curso preparatório para ingresso na escola, instituído em Porto Alegre, mas inexistente nas instituições psiquiátricas cariocas, o que mais uma vez evidencia o interesse destas em recrutar sua força de trabalho fora dos seus próprios serviços. E, finalmente, um último aspecto a ser registrado é a caracterização da clientela destas escolas, depreendida dos documentos oficiais e dos depoimentos analisados. Estes sugerem que, a partir dos anos 30, a clientela da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto era recrutada predominantemente entre pessoas que não possuíam qualquer vínculo empregatício com os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, ao contrário do que ocorria com os alunos da Seção Mista da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e da Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência, que tinham os funcionários como clientela preferencial.

Retomando a discussão sobre a organização da Escola Profissional de Enfermagem, percebe-se através do exame dos depoimentos e do regulamento da escola que, tal como ocorrera no Rio de Janeiro, em Porto Alegre também havia um projeto de disciplinamento da força de trabalho em enfermagem, subjacente às finalidades aludidas nos documentos oficiais e às medidas tomadas com o objetivo de fomentar e facilitar o ingresso dos funcionários.

Os indícios de tal projeto aparecem desde a fase de seleção de candidatos para a escola. No regulamento, estabeleciam-se os seguintes critérios para matrícula de alunos:

saber ler e escrever corretamente e conhecer aritmética elementar; ser brasileiro nato ou naturalizado; ser vacinado e não sofrer de moléstia contagiosa, apresentar atestado de boa conduta; estar quite com o serviço militar; e na falta de documentação oficial de escolaridade, submeter-se a exame de habilitação.

Observa-se que, dentre os requisitos exigidos para a matrícula, apenas o primeiro e o último referiam-se à instrução escolar. Os demais estavam relacionados à conduta moral e a prática cívica dos indivíduos.

Uma explicação para o predomínio destes requisitos em detrimento daqueles era dada pelo próprio diretor do Hospital São Pedro, em discurso proferido aos alunos ingressantes no ano de 41, no qual o mesmo pronunciava-se favorável à exigência de instrução elementar, mas afirmava que mais importante que ela era a satisfação de critérios relativos às condições pessoais do candidato:

"Este resultado demonstrou não ser necessário exigir dos candidatos à Escola, como preceitua, aliás, o seu regulamento, além dos indispensáveis requisitos físicos, mentais e morais, mais do que uma instrução elementar. A Medicina, como arte, é acessível a qualquer inteligência esclarecida, com faculdades de apreensão e raciocínio perfeitas, razão porque, na Faculdade de Medicina de Paris, o ensino de clínica médica é ministrado desde o primeiro ano do curso, a alunos que recém iniciaram apenas o estudo da anatomia." (Godoy, 1952, p.166)

A razão desta valorização dos atributos físicos, mentais e morais em detrimento do nível de escolaridade no processo de seleção devia-se a idéia -ainda predominante no início dos anos 40 - de que a posse de determinadas aptidões naturais era mais necessária à realização do trabalho de enfermagem do que o grau de instrução do indivíduo- já tão reiterada no discurso de outros psiquiatras analisados neste estudo-. Ainda mais num modelo terapêutico em que determinados dispositivos originários do tratamento moral- no qual o próprio comportamento do enfermeiro constituía uma das técnicas utilizadas para persuadir e conter as manifestações dos doentes- eram empregados conjuntamente com as recém introduzidas terapias de choque, cujo manejo necessitava de um pessoal de enfermagem qualificado *"o suficiente (e não mais!) para realizar a tarefa parcelar que lhe era destinada de acordo com a organização do processo de trabalho."* (Segnini, 1988, p.38). Além disso, o entendimento de que a posse de um grau de instrução mínimo e de tais aptidões, em si, constituíam pré-condições suficientes para que o aluno adquirisse conhecimentos e assimilasse as normas institucionais necessários à futura prática.

Tais argumentos poderiam parecer suficientes para explicar a valorização das condições morais do candidato em relação ao seu grau de instrução no processo de seleção, se não fosse a (aparente) imponderabilidade das primeiras a partir dos requisitos exigidos no regulamento da escola. Dito de outra forma, em que medida, com exceção do atestado de boa conduta, os demais documentos exigidos indicavam algo a respeito das condições morais do candidato? Poder-se-ia retorquir que a exigência dos mesmos era praxe nos processos de ingresso no serviço público na época. Mas, remetendo-se ao contexto histórico que lhe deu origem, vê-se que não se tratava de uma simples rotina. Ao contrário, seu requerimento tinha determinadas motivações de ordem política.

Como já foi demonstrado (Santos, 1987; Marques, 1992; Rago, 1985), nas três primeiras décadas do século XX, no Brasil, as classes dirigentes empreenderam um conjunto de iniciativas no sentido de controlar e disciplinar as classes trabalhadoras. Neste contexto, muitas destas intervenções, recaíram sobre os imigrantes estrangeiros, que constituíam uma significativa parcela dos trabalhadores empregados nas atividades industriais e de serviços urbanos (Santos, 1987). Estes eram apontados pelas classes dominantes (mas também pelos setores mais pobres da população), ora como trabalhadores mais instruídos e motivados para o trabalho; como indivíduos moral e etnicamente superiores (sobretudo os italianos e alemães) aos negros e mestiços brasileiros e, por isso, capazes de contribuir para o aprimoramento eugênico do povo brasileiro, ora como responsáveis pelo desemprego e pelos baixos salários pagos ao trabalhador nacional, pela desorganização social e política do país, em função de suas atividades políticas no movimento operário (particularmente os espanhóis e italianos) (Marques, 1992; Costa, 1989).

A última posição, que refletia um forte ressentimento em relação ao imigrante estrangeiro, foi responsável pelo surgimento de "intensas atividades xenófobas" (Costa, 1989), promovidas por grupos de empresários e proprietários rurais, aos quais juntaram-se intelectuais conservadores, dentre eles alguns médicos ligados a Liga Brasileira de Higiene Mental, e pela criação de uma legislação que, sob o argumento de proteger o trabalhador nacional, limitou a um terço a participação dos imigrantes nas empresas nacionais (Santos, 1987, p.66).

Apesar de tal legislação não incluir os hospitais, vê-se que a exigência de ser brasileiro nato ou naturalizado para matricular-se na Escola Profissional de Enfermagem não foi gratuita, mas provavelmente esteve relacionada ao contexto político e cultural citado acima.

A exigência de ser vacinado e não sofrer de moléstia contagiosa tem origem numa legislação que estabeleceu a vigilância sanitária no início dos anos 20, decorrente de uma *"preocupação em relação a setores da força de trabalho vitais à atividade estatal ou à ordem econômica agroexportadora"* (Costa, 1985, p.102) e que proibiu, dentre outras coisas, o exercício de funções públicas e de matrícula em estabelecimentos de ensino de diferentes graus aos indivíduos que não tivessem se submetido à vacinação anti-variolica. Deste modo, como indica Costa (1985), o controle sanitário da população foi um dos modos encontrados pelo Estado de proteger a força de trabalho e de garantir sua produtividade econômica nas primeiras décadas deste século. Por outro lado, estas informações a respeito do estado de saúde do candidato asseguravam o recrutamento de indivíduos em condições de submeter-se às desgastantes jornadas de trabalho durante o processo de formação.

A apresentação do atestado de boa conduta - que como foi visto era também exigida aos candidatos às escolas do Rio de Janeiro e aos funcionários ingressantes nos estabelecimentos psiquiátricos públicos de São Paulo e de Salvador - não foi uma exigência exclusiva do período compreendido entre a Revolução de 1930 e o final do Estado Novo⁸, porém, nele adquiriu um significado particular. Neste período, o Estado brasileiro não só aprofundou os mecanismos de controle exercidos sobre as classes trabalhadoras, como também sobre os segmentos excluídos do processo produtivo. O alcoolismo, a vadiagem, a prostituição e sobretudo as atividades políticas são intensamente reprimidas pela polícia. Neste contexto, o atestado de boa conduta representava uma comprovação do potencial de docilidade do indivíduo e diminuía consideravelmente a possibilidade de se admitir pessoas que pudessem trazer problemas de indisciplina para os dirigentes das instituições psiquiátricas.

Contudo, ao contrário do que se observou nos relatos das ex-alunas da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e nos discursos de Jacinto Godoy, os informantes de Porto Alegre não fazem qualquer referência às exigências relacionadas às condições morais no processo seletivo.

Para eles a aprovação nos concursos públicos e a convocação através de editais, era o requisito efetivamente valorizado no processo de admissão. Questionado sobre as características da prova de seleção a que se submetera, um dos entrevistados explica que:

⁸ Haja visto que no final do século passado já era incluída como um dos requisitos a serem preenchidos para matrícula na Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras anexa ao Hospício Nacional.

"A prova era assim, oh: Português, História, Geografia, Matemática e o resto. Então, mas o mais importante era o português, não é? (...) Era prova escrita, mas também tinha oral. E eu, dos 36 candidatos eu tirei o primeiro lugar (ênfase)." (Enfo. J.C., p.5)

Estas informações são reiteradas por outro informante, médico, que lecionou naquela escola por um período de quatro anos, no início da década de 40, conforme se lê abaixo:

"No tocante a parte de enfermagem o padrão de enfermagem era muito bom (ênfase). Eles ingressavam mediante um exame de ingresso que eu não recorro exatamente em que consistia, mas era algo em termos de conhecimentos gerais, do gênero português, alguma coisa deste tipo. Para que eles pudessem fazer o curso." (Dr. R. M., p.11)

Observe-se, que o entrevistado refere-se ao exame escrito como um indicador da qualidade do pessoal de enfermagem recrutado pela escola. Por outro lado, não há dúvida de que a importância atribuída aos conhecimentos de português estava relacionada ao papel conferido aos enfermeiros no período compreendido entre o final dos anos 20 e os anos 40⁹, durante o qual houve uma preocupação em sistematizar a identificação, a observação e a evolução clínica dos doentes, assinalar a atenção médica realizada junto aos mesmos, bem como documentar os resultados dos tratamentos psiquiátricos de choque, atividades estas que, em grande parte, deveriam ser realizadas pela enfermagem, como se examinará mais adiante. Outro dado interessante é a inclusão de outros conteúdos nas provas, além de português e noções de aritmética, que demonstram um certo grau de exigência em relação à formação geral anterior do candidato.

Visto de que modo a fase de seleção contribuiu para o recrutamento de indivíduos que possuíam um determinado potencial para adequarem-se aos objetivos da instituição, passa-se agora ao exame do processo de formação propriamente dito.

De acordo com o que previa seu regulamento, a Escola Profissional de Enfermagem deveria oferecer ensino teórico e prático de modo regular. O aprendizado da enfermagem psiquiátrica era sistematizado através do currículo, a partir do qual definiam-se as matérias a serem ministradas. A formação oferecida consistia em aulas teóricas e práticas, desenvolvidas durante os dois anos de duração do curso, sendo que as primeiras deveriam ser ministradas duas vezes por semana, com uma hora de duração para cada matéria,

⁹ Aliás, como informa o próprio Godoy (1952), a criação da Escola esteve relacionada a necessidade de qualificar os funcionários da Enfermagem para executar os tratamentos como, por exemplo, a clinoterapia e a hidroterapia, que foram introduzidos no hospital nos anos 20.

enquanto as aulas práticas deveriam ocorrer diariamente nos respectivos serviços clínicos do Hospital.

As matérias que compunham aquele currículo, bem como sua seriação, são apresentadas a seguir:

Primeiro ano

Noções gerais de ciências físicas e naturais;

Noções gerais de anatomia e fisiologia;

Noções gerais de higiene e patologia, sobretudo mental e de sistema nervoso;

Enfermagem elementar;

Administração e organização sanitárias;

Ética enfermeiral.

Segundo Ano

Noções práticas de propedêutica clínica, sobretudo neuropsiquiátrica e de farmácia;

Técnica terapêutica geral e especializada, dietéticas;

Enfermagem médica e neuro-psiquiátrica;

Noções práticas de pequena cirurgia, ginecologia, obstetrícia e enfermagem cirúrgica;

Noções de medicina social, serviços de assistência social."

Note-se a semelhança entre o currículo acima, de 1939, e o proposto em 1921 para a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e a Seção Mista da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Rio de Janeiro. Observe-se que as matérias citadas nos dois currículos são praticamente as mesmas.

Sob muitos aspectos, conforme se verificou a partir do relato dos entrevistados, a Escola Profissional de Enfermagem Especializada funcionava de acordo com o que fôra

previsto no regulamento. Sendo assim, o aprendizado profissional era de fato desenvolvido no próprio local de trabalho, sendo ministrado aos funcionários durante o horário de serviço. Tanto a formação teórica quanto a prática era ministrada exclusivamente pelos psiquiatras e clínicos do Hospital São Pedro, o que a diferenciava da forma de organização do ensino prático desenvolvido na Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto no final dos anos 30. Segundo um dos professores, eles se distribuíam da seguinte forma na administração das atividades de ensino:

"Olha, eu vou te contar. Eu era professor de Anatomia (risos). Dei aula de anatomia, não é? O curso era feito por nós mesmos, nós tínhamos que nos distribuir, então, tinha um professor de Anatomia, um de Fisiologia, e depois tinha um curso de Psicologia Geral, Lições de Psiquiatria e depois lá se aprofundando mais nestas noções de Psiquiatria e dos cuidados psiquiátricos adequados. Naquele tempo, se fazia o eletrochoque, não o cardiazol, se fazia eletrochoque. Se fazia a insulino-terapia, se fazia a malarioterapia. Então todas elas eram matérias do curso. Ensinava-se como cuidar esses pacientes."

E- E sobre psicanálise ?

"Isto não se falava, a não ser muito vagamente, não é? O Décio de Sousa e tal, porque estávamos num curso (ênfase), não é? Mas eu acho que isto foi antes de 1952." (Dr. C.M., p.6)

Conforme indicam os demais relatos, ao lado do ensino de conteúdos básicos, havia uma preocupação com a transmissão de conteúdos diretamente relacionados à prática psiquiátrica desenvolvida no interior do Hospital. Neste sentido, o ensino tinha um caráter instrumental desde as disciplinas básicas oferecidas na parte teórica até as profissionalizantes propriamente ditas, como se vê a seguir:

"Bom, a Escola, a minha turma funcionou com o serviço de patologia. eu não estou lembrando do nome dos professores... Eles davam as noções de psiquiatria, enfermagem e patologia, inclusive isto funcionava muito bem. Eu me lembro que uma vez abriram uma paciente grávida e tiraram um feto. E o feto estava morto. Mas tinha um cheiro tão forte, que até pela máscara passava. Eu me senti até mal, pois não estava acostumado. E as aulas eram teóricas e práticas.(...) Antigamente se trabalhava muito com eletrochoques, então nós iam assistir os eletrochoques. Então começava com o serviço somático, que era para atender os pacientes com esquizofrenia, tanto catatônicos como paranóides. A gente fazia o eletroencefalograma para ver se estava normal. Então, a gente via a ficha

somática do cara (sic), para ver se ele era portador de problemas cardíacos, pulmonares, renais. Porque nestes casos não podia se fazer o eletrochoque, pois era um problema sério. Mas nos que tinham condições eles davam. (...) (Enfo.V.B., p.3)

Em outro depoimento, um dos alunos relaciona as matérias que cursou nos anos 40 da seguinte forma:

"Bom, eles davam assim: no primeiro ano era Enfermagem Prática, Higiene Mental, Patologia, Noções de Psiquiatria, Anatomia e Fisiologia. Segundo ano: era Neurologia, Psiquiatria, Propedêutica Médica, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia." (Enfo. J.C., p.9.)

Observa-se que diversas matérias citadas por estes entrevistados - como, por exemplo, psicologia geral, oftalmologia e otorrinolaringologia - não constam entre as disciplinas previstas no regulamento. Apesar disso, não há dúvida de que constituíam o conteúdo efetivamente ensinado nas aulas teóricas, dada a redundância com que aparecem nos depoimentos.

Por outro lado, observa-se que no ensino teórico havia uma predominância dos conteúdos relacionados especificamente com psiquiatria, evidenciando o caráter especializado que se desejava dar ao curso.

Embora houvesse a preocupação em oferecer uma formação teórica consistente, a preparação prática dos alunos ocupava uma posição privilegiada no processo de formação e tomava a maior parte da carga horária dos alunos da Escola Profissional de Enfermagem Especializada. Conforme explica um dos professores:

"Para que eles pudessem fazer o curso, a nossa enfermagem lá tinha três turnos, onde (os alunos) se revezavam em turnos de oito horas. A impressão que tive dos enfermeiros era muito boa. Nem todos eram uniformes, mas a maioria deles eram muito dedicados e eram um suporte muito importante, considerando que haviam alguns que eram mais dedicados aos doentes em termos de assistência global e haviam outros que ficavam na parte psiquiátrica propriamente dita." (Dr. R.M., p.11)

Para o mesmo docente, o predomínio do aprendizado prático e seu desenvolvimento no interior do próprio processo de trabalho eram o traço marcante, que distinguia o ensino oferecido pela escola de outras formas de educação de profissionais de saúde. Segundo sua visão, dele decorria o mérito de tal formação, na medida em que proporcionava uma maior

experiência prática aos alunos. Na continuidade do seu relato, ele descreve os objetivos e as características do ensino desenvolvido:

"No que dizia respeito a mim, não era o tipo de aprendizado fundamental, por exemplo: eles tinham que aprender como medir pressão arterial corretamente, ou como fazer injeção endovenosa, ou uma série de coisas desse gênero. O que era uma curva térmica, enfim, certos elementos de Semiologia elementar do atendimento, mas, de qualquer modo, vamos dizer, de qualquer modo dava um suporte mais metódico àquilo que faziam. Agora, no que diz respeito a parte psiquiátrica, eles tinham aulas com psiquiatras, mas a carga horária fundamental era de treinamento do trabalho. De modo que não era alguma coisa, assim, como a Medicina, em que há muita aula e nem sempre muita oportunidade de ver o doente. Não (ênfase). Eles trabalhavam e eram pagos para isso. E eram exigidos. De modo que eram nos intervalos do trabalho que, por acaso, se permitia que...O curso tinha o seu próprio horário regular, mas é que os turnos...O enfermeiro que estava trabalhando, ele tinha um certo número de horas para dedicar ao curso, mas a parte predominante ainda era a parte do trabalho(...). Quando eu estava em férias, ou alguma coisa...e eu ia lá raramente, frequente, mas também não era raro. E eu vi, muitas vezes, meus alunos que estavam trabalhando nestes horários, de modo que eles estavam na 'máquina do revesamento'. E apenas havia uma folga, mas eu não acredito que essas folgas, eu nem creio que essas folgas chegassem a um terço, no máximo 25% (do período de trabalho), não mais do que isso". (Dr. R.M., p.14)

Além de remeter à discussão já realizada anteriormente sobre a importância do controle do tempo do aprendiz para a implementação da disciplina no interior do espaço asilar, a descrição acima indica outras vantagens decorrentes da forma de preparação de pessoal de enfermagem adotada pela escola de enfermagem do Hospital São Pedro.

De acordo com o que já foi demonstrado em outro estudo (Kirschbaum, 1989), os processos de qualificação no interior dos serviços de saúde (dentre os quais situam-se os hospitais psiquiátricos) subordinam-se a mesma lógica que orienta a formação para o trabalho nos demais setores da economia capitalista. Sendo assim, o treinamento no próprio local e horário de trabalho permite ao mesmo tempo uma diminuição dos custos da formação e uma maximização da utilização do aluno, enquanto força de trabalho (Segnini, 1988). Isto visivelmente ocorria no Hospital São Pedro, na medida em que a modalidade de preparação adotada propiciava também utilizar a força de trabalho do funcionário durante o processo de aprendizagem (prática), além de evitar os prejuízos que adviriam do seu afastamento do hospital para realizar o curso, caso isso fosse necessário. A mesma situação

reproduzia-se com os alunos que não possuíam vínculo empregatício, pois, segundo previa o regulamento da escola, eles eram obrigados a prestar serviços ao estabelecimento, de acordo com o que lhes designasse o diretor (Rio Grande do Sul, 1939).

Ao lado da diminuição dos custos com a formação, outras vantagens apresentadas por este tipo de preparação eram o aumento da produtividade do serviço, na medida em que os funcionários eram obrigados a compensar o horário dedicado aos estudos em outro turno de trabalho, e a diminuição da resistência dos trabalhadores às desgastantes jornadas de trabalho a que se viam submetidos, uma vez que, em troca, receberiam uma titulação.

Outra característica do ensino desenvolvido na Escola Profissional de Enfermagem era a inexistência da separação entre os alunos por sexo, tanto nas aulas teóricas quanto nas práticas, embora o artigo 9º do regulamento prevísse que "o curso será ministrado separadamente para homens e mulheres, não podendo cada secção escolar exceder de 30 alunos." (Rio Grande do Sul, 1939) Questionado a respeito deste tema, tal como os enfermeiros entrevistados, um dos professores enfatizou que tal ensino era ministrado a classes mistas:

"Havia mulheres sim. Até o número não era pequeno. Havia tanto homens como mulheres. Não sei dizer exatamente a proporção, mas pelo que eu me lembro haviam sim."

E- Tinham aulas juntos?

"Tinham sim, não havia separação nenhuma.(...) É possível que as alunas ficassem no setor de mulheres e os homens também tivessem que atender um pouco o setor de mulheres, atender o transporte, atender pacientes ajudados,..." (Dr.R.M. ,p.14)

Da análise dos depoimentos depreende-se ainda que, junto com a preparação para o trabalho, o ensino teórico-prático visava a assimilação de normas e valores compatíveis com os objetivos e o funcionamento da instituição psiquiátrica em que era desenvolvido.

Verifica-se que todas as atividades pedagógicas eram realizadas sob a supervisão direta do corpo docente, composto por médicos na sua totalidade, conforme já dito. Nelas havia uma estreita articulação entre conteúdo teórico e prática profissional, transmissão de conhecimentos e introjeção de regras disciplinares e, sobretudo, entre aprendizagem e avaliação do desempenho, segundo se observa nos trechos dos relatos reproduzidos abaixo:

"Toda a (disciplina) Enfermagem Prática do primeiro ano era dele (Prof. Paulo Lousada)."

E- O que ele ensinava?

"Tudo (ênfase). Tudo, inclusive ele estava sempre presente. Não era só ensinar, ele fazia. Na prova prática, ele estava junto contigo para ver se tu tremias para fazer uma injeção endovenosa...isso foi...Eu sabia tanto, que eu protestei quando ele me deu nota 7. Eu disse: 'Mas eu sei'(Ele): 'Mas você não ganha mais do que isso, porque 10 é só para mim, senão tu sabes mais do que eu. Eu não te dou 10'. Mas então, eu tirei o primeiro lugar e por isso tem até o meu retrato (no Hospital São Pedro)." (Enfo.J.C.,p.30)

"Olha, Higiene Mental, mais era, como se diz? A profilaxia. Psicologia era um médico que dava essa cadeira, mas o que eu me lembro mais era a prática, ainda. Eu tinha até, perdi agora, não sei, me tomaram (sic). Eu tinha até pontos aí. Cada matéria destas tinha vinte pontos mimeografados. Eram vinte pontos cada matéria. É claro que eles reduziam, não é? Pegavam uma patologia, pelo amor de Deus, não é? (...) Neurologia, neurologia sim. Deixa eu te contar uma parte mesmo. A Neurologia eu nunca posso me esquecer que o Dr. Escobar me tirou um ponto, ao invés de me dar dez, me deu nove, porque eu levei uns dois ou três minutos para me lembrar da onde partia o Sistema Nervoso Central." (Enfo. J.C.,p.31)

Um primeiro ponto que chama a atenção nos relatos é o autoritarismo que marcava as relações professor-aluno e os métodos de avaliação do desempenho escolar, aparentemente incompatíveis com um modelo de preparação que tinha como clientela adultos.

Contudo, essa forma de organização do processo de aprendizagem era coerente com os propósitos de tal formação que, não custa insistir, objetivava não só a qualificação técnica, mas a introjeção de princípios como a obediência, o respeito à hierarquia e à autoridade do médico. O que remete novamente à discussão da disciplina enquanto *"técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício."* (Foucault,1977, p.153).

Dos trechos transcritos acima, depreende-se que a supervisão direta e permanente do professor, associada aos métodos de avaliação, assegurava o exercício de determinados instrumentos disciplinares (Foucault, 1977, p.153) no processo de ensino. Um deles era o "olhar hierárquico", cujos efeitos em parte já foram discutidos quando se tratou dos

processos e preparação nas escolas de enfermagem do Rio de Janeiro. Aqui, ele explicita-se na presença constante do professor junto ao aluno em diversos momentos de aprendizagem que lhe permitia observar, conhecer e fiscalizar o estudante, enquanto ensinava-lhe a manipular os procedimentos técnicos e os conteúdos necessários à prática profissional.

Por outro lado, era esse conhecimento sobre o aluno, obtido a partir da vigilância, que permitia ao professor operar um segundo instrumento disciplinar, denominado por Foucault de *"sanção normalizadora"* (1977, p.153). Ela consiste na normalização dos indivíduos- ou seja, na submissão à norma, à medida que afasta os desviantes e faz com que todos pareçam iguais-, através da implementação de um conjunto de micropenalidades, que possibilitam substituir a repressão física por um sistema de punição baseado em regras. De acordo com o autor (Foucault, 1977, p.159) *"a disciplina traz consigo uma maneira específica de punir"*, através de processos extremamente sutis, que permitem *"tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta e dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar"* (Foucault, 1977, p.160). Particularmente, no processo de treinamento, a punição tem como função minorar os desvios, mediante o emprego de um sistema duplo de gratificações-sanções. É a operacionalização deste sistema que permite qualificar o comportamento e o desempenho escolar como bom ou mau e, ao mesmo tempo, quantificá-lo através das notas escolares. A partir destes mecanismos, cria-se uma classificação e uma hierarquia entre os indivíduos, que norteia a distribuição dos mesmos pelas diferentes posições e lugares nas instituições disciplinares (Foucault, 1977).

Segundo Foucault (1977) é a combinação destes dois primeiros instrumentos no interior de um mesmo dispositivo disciplinar que produz um terceiro procedimento que lhe é específico e o diferencia das demais formas de poder: o exame. Este permite a um só tempo conhecer, qualificar, classificar os indivíduos e sancioná-los, recompensando-os pelo que sabem ou punindo-os para que se esforcem para saber. Neste sentido, *"o exame supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder"* (Foucault, 1977, p.166), ou seja, um procedimento em que há uma superposição das relações de poder e de saber, no qual as primeiras permitem obter e constituir as últimas. Nas instituições disciplinares como, por exemplo, a escola e o hospital, o exame passa a integrar o processo de ensino como um elemento que lhe é intrínseco e assume a forma de *"um ritual de poder"* (Foucault 1977, p.166) permanentemente renovado. Deste modo, *"o exame garante a passagem do conhecimento do mestre ao aluno, mas retira do aluno um saber destinado e reservado ao mestre"* (Foucault 1977, p.166).

Observa-se que estes dois últimos instrumentos eram permanentemente empregados nos processos de formação de pessoal de enfermagem desenvolvido na Escola Profissional de Enfermagem do Hospital São Pedro, como também nas escolas de enfermagem ligadas ao Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Sobretudo nos depoimentos dos alunos da escola de Porto Alegre, a relação intrínseca estabelecida entre aprendizado e exame - cujo ritual de poder é ilustrado nos trechos transcritos acima- aparece recorrentemente e serve como exemplo dos efeitos produzidos por este tipo de instrumento na constituição da disciplina

De um lado, eles possibilitavam reafirmar ininterruptamente a posição superior dos médicos na hierarquia da instituição e a relação intrínseca entre saber e poder, objetivada na autoridade dos professores. De outro, viabilizavam a qualificação e a quantificação do comportamento e do conhecimento de cada pessoa, permitindo classificá-las segundo uma graduação hierárquica (primeiro, segundo, terceiro lugar e daí por diante), com base na qual estabeleciam-se as promoções no interior do processo de formação e a posição que o aluno ocuparia ao sair da escola. O emprego destes mecanismos possibilitava ainda punir os indivíduos pelos menores desvios cometidos (como por exemplo, a lentidão das respostas, a insegurança demonstrada na realização de um procedimento técnico, etc) e pressionava-os a submeterem-se a um mesmo modelo, no qual eram *"obrigados todos juntos" à subordinação, à docilidade, à atenção nos estudos e nos exercícios, e à exata prática dos deveres e de todas as partes da disciplina. Para que, todos, se pareçam*" (Foucault, 1977, 163). Neste sentido, levava-se o aluno a não medir esforços para se aproximar do perfil desejado, como se vê abaixo:

"Mas, eu, (...), eu estudava tanto, pela dificuldade que eu tinha de saber o termo, porque eu não tinha o conhecimento de certas palavras, o que é que significava, o que é que significa isto... Então eu tinha que estudar. Inclusive eu tinha que procurar livros técnicos, dicionários, livros, outras.. E eu tinha uma dificuldade tão grande, na prova escrita, que eu decorava o ponto, até acentuação, porque os nossos professores tiravam nota dos que escreviam errado."

E- Eram exigentes "

"Muito exigentes. E eu consegui sempre superar a minha nota. A nota mais baixa que eu tirei na Enfermagem durante dois anos foi 7.0 na Enfermagem Prática. Isso (ironiza), porque eu jogava xadrez com o meu professor.(...)" (Enfo.J.C., p.10)

Portanto, se por um lado estas técnicas disciplinares permitiam diferenciar e individualizar as pessoas, elas também produziam a sua homogeneização, na medida em que sujeitavam todos os indivíduos a uma mesma norma, da qual eles se aproximavam ou se afastavam por serem mais ou menos aptos, competentes ou incompetentes, capazes ou incapazes para atingi-la.

Afora as já citadas, outra consequência destes mecanismos de individualização e homogeneização dos indivíduos (já constatada também nos depoimentos dos informantes do Rio de Janeiro) era o alto índice de reprovação e evasão dos alunos, exemplificada pela declaração do diretor do Hospital São Pedro:

"A formação de enfermeiros de psicopatas, essa então, é tarefa mais difícil ainda, como atestam os quatro (primeiros) anos de funcionamento desta Escola, cujas matrículas cada ano ficam reduzidas de 50% já nas provas dos primeiros bimestres, sempre pela nota hospitalar" (Godoy, 1952, p.174)

Pelo exposto até aqui, percebe-se que a forma de organização do processo de ensino adotada contribuiu para o disciplinamento do pessoal de enfermagem diplomado pela Escola Profissional de Enfermagem de Porto Alegre. E, deste modo, ela possibilitou também a constituição de uma força de trabalho mais compatível com as necessidades da instituição psiquiátrica em que fora engendrada, cujas características desejadas eram expressas pelo diretor da seguinte forma:

"Do enfermeiro de doentes mentais, além do nível mediano de instrução, sem o que não seriam possíveis as aquisições teóricas das matérias escolares, se exigem outros requisitos primordiais de inteligência, de vontade, de afetividade, quase que um padrão caracterológico, de perfeito equilíbrio psíquico e afetivo, que lhe permita adaptar-se facilmente a tôdas as situações novas e imprevistas, com iniciativa própria e adequada, na vida acidentada do interior de um manicômio." (Godoy, 1952, p.174)

Mas, além da introjeção de normas disciplinares, o processo de formação contribuía também para modificar as concepções dos trabalhadores da enfermagem sobre a doença e o doente mental e sobre as formas de tratá-los:

"Bom, eu trabalhei como atendente de 1939 até 1948, como atendente. Em 1948, o falecido Dr. Jacinto Godoy, então, preparava as pessoas para ingressarem, para fazer o Curso de Enfermagem. Esse curso consistia em 2 anos. Então, comecei a ver, a aprender

o que é (doença mental), porque até então eu sabia que era um ser humano, mas eu não sabia, assim, como se podia manejar esta criatura, assim...Porque não tinha ensinamento. Então, aí, comecei a saber tratar o indivíduo, o doente como um paciente mesmo, o que é que eu representava para ele dentro de um hospital psiquiátrico. Então, aí, começou a minha vida profissional propriamente dita.(...) Apesar que, em 1939, quando eu ingressei como atendente, já tinha iniciado a Escola de Enfermagem. Só que eu não tinha condições ou preparo para fazer. Eu tinha que me preparar. Então, a primeira turma da escola de Enfermagem foi em 1939. 1940 formou-se a primeira turma. Não posso te dizer o número de enfermeiros e de enfermeiras, era mixto, não é? " (Enfo. J.C., p.2-3)

Este processo de substituição de uma prática empírica por uma prática fundamentada em princípios científicos, produzido através da formação, é exemplificado também por outro entrevistado, ao relatar as características da preparação a que se submetera para trabalhar em psiquiatria:

"A gente que já trabalhava com enfermagem, fazia a enfermagem como devia (deveria) ser. Tínhamos noções de Higiene, História da Enfermagem, aquele começo todo... E Anatomia, Fisiologia, Propedêutica, Noções de Alimentação, de Medicamentos... E tinham exames semanais para ver quem fazia mais pontos. Havia aquela disputa... Às vezes a gente estava propenso até a voltar naquela matéria, repetir. Eram umas doze cadeiras, onde tinha a psiquiatria junto, o que era interessante para a gente, naquela época. Eu já tinha noção, pois já tinha tirado a enfermagem, escola. E tinha a psiquiatria, então, que era mais difícil (para mim). Entender aqueles nomes, administração de medicamentos, eletrochoques e aqueles cuidados todos." (Enfo. V.B., p.3)

No depoimento acima, é interessante notar que o entrevistado salienta a contribuição do ensino formal para a modificação da prática até então empírica realizada pelo pessoal de enfermagem naquele estabelecimento, ao dizer que na escola, fazia-se a enfermagem como deveria ser, isto é, conforme padrões considerados científicos e não de acordo com o senso comum. Além disto, aponta a ênfase em conhecimentos de psiquiatria, que caracterizavam a especificidade deste curso, diferenciando-o do que realizara na Escola Oswaldo Cruz, em São Paulo.

Um último aspecto evocado pelo depoimento acima é a estreita relação que se estabelecia entre o conteúdo ministrado e as modalidades terapêuticas empregadas no Hospital São Pedro, naquele período, evidenciando a preocupação com um ensino que

estivesse efetivamente voltado para a prática diária e a aplicação imediata de conhecimentos no interior do processo de trabalho.

Segundo Jacinto Godoy (1952), durante seus quatorze anos de existência, a Escola Profissional de Enfermagem Especializada formou treze turmas de enfermeiros e enfermeiras, totalizando um número de cento e noventa e um diplomados. Portanto, verifica-se que dos trinta alunos que ingressavam a cada ano, diplomava-se uma proporção de quinze alunos. A última turma formada pela Escola foi a de 1951 e a partir de 1952 os editais de convocação do concurso para ingresso não foram mais publicados, em decorrência do fechamento da escola.

Para Godoy (1952), a desativação da Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas foi motivada tanto por problemas de natureza externa ao Hospital São Pedro - ligados à legislação de enfermagem no âmbito federal, que colocava exigências que não se podia cumprir a nível estadual-, quanto por questões de ordem interna, relacionadas à resistência oferecida pelas religiosas responsáveis pela administração do hospital ao funcionamento da escola, que são apresentadas por ele da seguinte forma:

"A despeito, porém, dessas provas inequívocas de incitamento ao ensino de enfermagem, este, na sua execução, não deixou de ter os seus percalços. Dentro do próprio hospital, fui mal compreendido por parte das religiosas, que interpretaram a minha iniciativa como uma medida para desalojá-las das suas posições de mando, por meio da educação e aperfeiçoamento do elemento leigo. Daí a campanha sub-reptícia movida à Escola de Enfermagem, que não fracassou, nos primeiros anos de existência, graças à têmpera denodada de um seu ilustre professor, Dr. Décio de Souza, que, embrenhado nas tarefas hospitalares, soube aparar os golpes desferidos de todos os lados contra a incipiente instituição. Aliás, a Escola não teve de parte das religiosas o aprêço que devera merecer, pois, em cada ano escolar, se faziam representar apenas por duas candidatas, muitas delas, por via de regra, de instrução rudimentar, quando lhes seria fácil apresentar religiosas com o curso ginásial, sabido como é, que a Congregação conta com vários ginásios espalhados em todo o Estado. Com tão escassa escolaridade, conseguiram ingressar nos cursos, valendo-se das prerrogativas conferidas aos enfermeiros de quadro pelo regulamento da Escola, que lhes dispensava o exame de seleção. Após alguns anos, exigidos delas estes exames, não se fizeram esperar as reprovações." (Godoy, 1952, p.181)

Quanto aos motivos de ordem externa, o diretor alegava que a legislação federal que regulava e disciplinava o ensino e o exercício da enfermagem no Brasil, dentre os quais cita os Decretos de 1931, 1932, 1934 e 1949, a despeito de promover mecanismos formais de preparação de pessoal de enfermagem que, segundo julgava, só trariam benefícios à melhoria da qualidade da assistência à saúde no país, não contemplava a formação de "enfermagem especializada de psicopatas" (Godoy, 1952, p.178), nem levava em consideração diferenças regionais. De acordo com a sua interpretação, a partir de 1949, a legislação estabelecia dois tipos de ensino de enfermagem: um de alto e outro de baixo padrão, sendo o primeiro baseado no modelo norte-americano e oferecido às pessoas com maior grau de escolaridade, enquanto o segundo destinava-se às pessoas que possuíam instrução primária. Em defesa de uma formação de enfermeiros especificamente para o campo da assistência psiquiátrica, Godoy citava o exemplo da formação existente na França, que segundo ele era idêntica a que ofereciam no São Pedro e argumentava que:

"A prática demonstrou em toda parte que a enfermagem dos doentes mentais é recrutada entre indivíduos de dotes psicológicos e vocacionais prevalentes sobre o grau de instrução escolar, propriamente dita, e por isso a sistematização de estudos para êsse tipo de enfermagem deve ser feita em cursos de escolas que se afastam do padrão alto ou baixo das escolas de enfermagem geral." (Godoy, 1952, p.178)

Por isso, ele acreditava que a Escola de Enfermagem do Hospital São Pedro deveria receber um tratamento diferenciado e discordava de quem reivindicava o seu fechamento, que ocorreria caso não fosse reestruturada para adaptar-se às exigências da legislação federal. Em discurso proferido na formatura da turma de 1950, portanto no penúltimo ano de funcionamento da Escola, ele posicionou-se em relação a tais questões do modo seguinte:

"O espírito da última lei federal sobre a enfermagem é de incentivo à criação de escolas, de iniciativa particular ou oficial, nos Estados, e não é admissível que as exigências de seu regulamento viessem redundar no fechamento de uma Escola que conta com 11 anos de funcionamento, tendo diplomado neste lapso de tempo 163 enfermeiros de ambos os sexos, inclusive religiosas da Congregação de São José, dentre os quais certo número conseguiu ingressar mediante concursos, com as melhores classificações, em outros setores médicos fora da especialidade neuropsiquiátrica, tais como Aeronáutica e Assistência Pública Municipal, desta cidade. Enquanto ela não se adaptar aos regulamentos federais de ensino de enfermagem, entendo que deva continuar vigente o decreto estadual de sua

criação, cujo objetivo foi aperfeiçoar técnicos para o serviço especializado do Estado." (Godoy, 1952, p. 179)

Na opinião de seu diretor, apesar das dificuldades enfrentadas ao nível externo e interno, a escola teve um importante papel na formação de enfermeiros psiquiátricos e sua relevância e pioneirismo foram reconhecidos por pessoas de inquestionável reputação fora do Rio Grande do Sul, dentre as quais cita médicos como, por exemplo, Pacheco e Silva e Adauto Botelho.

Sua visão a respeito dos resultados alcançados com a escola é compartilhada pelos informantes que participaram desta pesquisa. Todos os entrevistados salientaram a importância que ela teve na formação de enfermeiros para o campo da assistência psiquiátrica e, por isso, em seus depoimentos, lamentaram seu fechamento. Entretanto, quando questionados sobre os motivos que levaram à desativação do estabelecimento de ensino, uma vez que na época o mesmo vinha apresentando resultados tão positivos, os entrevistados apresentaram diversas versões que, segundo acreditavam, explicavam sua extinção.

Num destes depoimentos, um dos enfermeiros diplomados pela Escola Profissional de Enfermagem do Hospital São Pedro procurou explicar os motivos que, em sua opinião, levaram-na ao fechamento. Entre outros fatores, tal como Jacinto Godoy, ele atribuiu-o à resistência oferecida pelas irmãs de caridade à existência da escola, explicando que:

"Porque nós tínhamos muito pouca enfermeira, porque as irmãs não aceitavam a Escola de Enfermagem... Mas elas não aceitavam pelo seguinte: porque como elas só manuseavam com leigos, então, elas tinham autoridade. Como fizeram, inventaram a tal da Enfermagem, tiraram aquela autoridade delas. Porque um enfermeiro tinha condições de discutir (...) Então, a razão que a Escola ia trazer problemas para elas e que elas não aceitavam. Mas no fim, nos últimos anos da Escola, tinha três ou quatro irmãs que entravam cada ano." (Enfo. J.C., p.47)

Segundo aponta este entrevistado, outro aspecto que determinou o fechamento da Escola Profissional de Enfermagem do Hospital São Pedro foram as pressões e a oposição feitas pelas enfermeiras oriundas da Escola de Enfermagem Anna Néry, ligada ao Ministério da Educação e Saúde. Estas reivindicavam a extinção do curso de enfermagem oferecido pelo Hospital São Pedro ou sua transformação em um curso de Auxiliares de Enfermagem,

de acordo com o que estabelecia a Lei nº.775/49 (Brasil, 1974; Melo, 1986)¹⁰, recém promulgada. Segundo ele conta:

"Mas, em resumo, em 1950, parece que foi 50 o último ano de Enfermagem, foi extinto (o curso de) enfermagem. Eu me lembro que, quando eu era aluno, veio uma enfermeira do Rio de Janeiro. Naquele tempo se dizia alto padrão, não sei se hoje tratam ainda assim. É mesmo...? Bom, mas é o nome, não é? Porque é o empréstimo do americano, não sei se... Aqui no Brasil tratavam de Anna Néry, não é? Veio junto com uma enfermeira americana. Casualmente eu estava em aula e quem estava dando aula para nós era o Dr. Cyro Martins. O que é que o Dr. Godoy fez, quando vieram as duas representantes de enfermagem? Ele, como não queria, porque ele... Porque, quando foi, como é que se diz, oficializada a Enfermagem no Brasil, em 1949... Para extinguir as outras escolas existentes no país, tinha que se subordinar à Anna Néry, ou então, seriam registradas como de Auxiliar de Enfermagem, não é? Não podia ser como o nosso caso aqui. Nós éramos, com um decreto do Estado, nós éramos enfermeiros. Então, não podia ser enfermeiro. Enfermeiro tinha que ser o nível superior, certo? Ai, então, o Dr. Godoy fez o seguinte: levou as duas representantes da enfermagem lá dentro da sala de aula. E falou com o Dr. Cyro Martins, que deixasse os alunos fazer perguntas sobre psiquiatria para as duas (enfermeiras). Como tu sabes, dentro da psiquiatria vocês têm apenas noções, não é? Então, como é que elas iam responder, por exemplo, para a gente, que estava lá. Eu estava no segundo ano de Enfermagem. Conhecia demais. Eu conhecia demais pela prática e pela, depois pela teoria também, lógico, não é? Então, a primeira pergunta foi feita sobre um problema psiquiátrico e ela disse assim: 'Olha, nós não viemos aqui para ser sabatinadas' A brasileira disse, porque a americana não sabia falar. 'Nós viemos aqui apenas para conhecer e para dizer que daqui por diante a Escola tem que ser esta. Se quiserem registrar esta Escola como de Auxiliar de Enfermagem muito bem. Se não, tem que fechar', foi a resposta dela. Ai, já saíram. E aí que o Dr. Cyro disse: 'Mas como é que pode ser isto?' Mas eles também, os médicos também, nesta época, não conheciam. Porque foi no início, não é? Foi em 1949. O Presidente da República então, como é que se diz? Regulamentou, exatamente, a palavra foi esta. Regulamentou a enfermagem no país. Que até então não tinha. E o COREN jamais... É como eu discuti muitas vezes, viu Débora, na Escola, na Semana de Enfermagem com o pessoal da direção do COREN. Vocês não podiam (extinguir), porque todas as outras categorias, engenheiros práticos,

¹⁰ A Lei nº. 795, de 6 de agosto de 1949, regulamenta as escolas de enfermagem de nível superior existentes no país e cria oficialmente os cursos de auxiliares de enfermagem. Ver, também, as análises feitas por Almeida (1986), Carvalho (1976) sobre o processo de regulamentação do exercício e do ensino de enfermagem no Brasil.

dentistas práticos, menos enfermeiros, porque não? Por que que vocês não aceitaram junto com vocês o remanescente que existe ainda, não é? Porque eu digo assim, eu sou um dos remanescentes, porque até então, quando não existiam vocês (enfermeiros com nível de escolaridade superior), quem é que cuidava dos pacientes neste país? Então tinha que se respeitar esta gente. Tinha que...não extinguir assim, matar, vocês estão liquidando todo mundo. Mas eu ainda estou vivo. Eu estou trabalhando. Eu acho que tenho condições de trabalhar. Mas o único que não aceitou foi o COREN, muitos da tua categoria que não aceitaram o que existia até então, mesmo sendo pessoas, que como eu, não tenho cultura suficiente para, por exemplo, estar discutindo contigo certos problemas. Mas, pela prática, pela dedicação, pelo tempo de serviço, acho que merecia um pouquinho mais de respeito, não é? Mas, nós não tivemos isso. " (Enfo. J.C., p.12-14)

A opinião deste enfermeiro de que o fechamento da escola decorreu da pressão feita pelas enfermeiras que posteriormente fundaram a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é compartilhada por outras entrevistadas. A primeira é uma enfermeira que assumiu a docência da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, oferecida pela Escola de Enfermagem da UFRGS, a partir de 1952. Suas considerações a respeito do fechamento da Escola Profissional de Enfermagem do Hospital São Pedro são reproduzidas abaixo:

"É, isso foi uma luta que eu não sei se foi muito justa. (Os enfermeiros do São Pedro) Eram pessoas muito dedicadas, mas eles eram funcionários do Governo...(...)Eles ficavam muito vaidosos, porque eles tiveram um curso regular, com médicos. Eles vinham e me mostravam os currículos, que eles tinham recebido durante o curso. Então, eles sabiam muitas coisas de psiquiatria e de sintomatologia. E a Escola de Enfermagem (da UFRGS) fez terminar a Escola de Enfermagem existente no São Pedro. (...) A Escola (da UFRGS) conseguiu mostrar que a Legislação era outra: que não se podia ter uma Escola num hospital que não tivesse um grupo de enfermeiros, que não lecionasse procedimentos de enfermagem. Não bastava que os alunos recebessem aulas de médicos...Isso foi conseguido politicamente. A diretora era muito boa, Lourdes Verderese, e a Olga, era vice-diretora, que era a irmã dela. De maneira que terminou. Eles não perderam o nome (de enfermeiros), pois o nome ficou no quadro. Porém, perderam, vamos dizer, a posição de enfermeiros psiquiátricos." (Enfa. N.M.Z., p.7)

A segunda, uma irmã de caridade, atribuiu o fechamento da escola do Hospital São Pedro ao processo que culminou com a abertura da Escola de Enfermagem da UFRGS:

"Mas depois disso, que se abriu a Escola de alto padrão, que chamavam, não sei em que ano foi. Dal, então, anularam esta daqui. Não sei se foi a Secretaria ou o quê, não é? (A Escola do Hospital São Pedro) já não era reconhecida mais como escola superior, (antes) ela tinha um cunho, assim, ela era especializada, como escola superior. Tanto assim, que as enfermeiras que se aposentaram o fizeram como enfermeiras. Depois, (quando da aposentadoria, o diploma) passou a ser reconhecido. Então, terminou, não continuou mais, porque não era reconhecido pelo Conselho (de Enfermagem). Ela existiu até que foi criada a outra (da UFRGS) e então, ela parou." (Ir.P.C.,p.20)

Entretanto, a extinção da Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas também esteve relacionada às questões regionais, de natureza político-partidária, de acordo com o que foi apontado por alguns entrevistados. Quando questionado sobre os motivos que acarretaram seu fechamento, um dos professores atribuiu-o às divergências de natureza político-partidária, que marcavam as relações entre o Diretor do Hospital e o Secretário de Saúde daquela época:

"Eu...depois que sai de lá, soube assim de longe de coisas que iam acontecendo, de ordem política. O Hospital São Pedro, no tempo do Dr. Godoy...Primeiro ele (o Hospital) era independente, mas o Departamento de Saúde era uma área pequena e fraca. Cuidava-se de alguma coisa, da profilaxia. Mas não era um elemento tutador(sic!). Precisamente, nesse período em que fui para lá (Hospital São Pedro), tinha vindo para cá (Porto Alegre), o Dr. Bonifácio Guimarães da Costa, que criou o Departamento Estadual de Saúde, um modelo muito bom. Ele era um homem muito poderoso, de muita autoridade, que não se acertava muito bem com o Dr. Godoy, porque o Dr. Godoy tinha...O Dr. Bonifácio era um homem da Saúde Pública e o Dr. Godoy tinha, um pouco, o hábito de certa superioridade, que tinham os médicos que tratavam os doentes sobre aqueles médicos que matavam mosquitos, que...A Saúde Pública, com exceção de alguns como Fábio Barreto, entre outros, que eram de São Paulo, poucos eram de primeira qualidade como Chagas, Oswaldo Cruz também. De modo que lá, as possibilidades provavelmente eram diferentes, mas, digamos assim, no resto do Brasil, nós, os médicos, é que sabíamos fazer os diagnósticos e tratar de algumas coisas, pois, se não tratássemos, não valia nada para depois. Então fazia-se um tratamento duradouro." (Dr. R.M.,p.5)

Observa-se que havia uma disputa por espaço político e uma divergência entre os sanitaristas e os demais especialistas da categoria médica no Rio Grande do Sul, no período em que a escola foi extinta. Pelo que sugere este depoimento, o fortalecimento político do Secretário de Saúde, cujos interesses não coincidiam com os do diretor do hospital, criou

um campo fértil para a extinção da Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas, ao mesmo tempo em que vinham se desenvolvendo as negociações para a criação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É interessante notar que o grupo de enfermeiras responsável pela criação da última encontrou no Secretário de Saúde um forte aliado na época, segundo sugere o depoimento da enfermeira entrevistada, reproduzido anteriormente.

O enfermeiro entrevistado também apontou mudanças no âmbito da política estadual que, associadas à regulamentação do ensino e do exercício da enfermagem no país, estiveram relacionadas com a desativação da escola:

"Olha, sinceramente eu não sei porque. Eu acredito que então o nível superior achou que seria uma humilhação para elas. Eu digo elas, porque, naquele tempo, só era quase tudo mulher. Haver um homem era muito difícil (ênfase). Hoje já tem bastante homem. Naquele tempo não existia. Eu acredito que fosse isto, não sei... Mas, o problema era que o Dr. Jacinto, em 1951 ou 52, ele foi substituído depois de quase 30 anos de Hospital São Pedro. Tiraram ele. E outra coisa é que o que segurava o Dr. Jacinto era o falecido Dr. Getúlio Vargas. Houve um problema aí, não sei o que. Então foi substituído." (Enfo. J.C., p.15)

Segundo sugere seu depoimento, a mudança da direção político partidária no governo estadual, com a morte do então presidente Getúlio Vargas, enfraqueceu politicamente o diretor do Hospital São Pedro. Isso diminuiu seu poder de barganha para manter a escola funcionando, sob a argumentação de que sua existência estaria garantida por uma legislação estadual, a despeito das leis federais que passaram a regulamentar o ensino e o exercício da enfermagem no país.

Assim, verifica-se que as versões apresentadas pelos entrevistados sobre a extinção da Escola do Hospital São Pedro compreendem desde motivações de ordem político-partidária; conflitos internos ao Hospital São Pedro, principalmente as resistências oferecidas pelas religiosas à formação de enfermeiros leigos; até o surgimento de leis federais que regulamentavam o exercício e o ensino de enfermagem no país e a criação de uma Escola de Enfermagem anexa à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, organizada de acordo com o que estabelecia aquela legislação.

Além disso, pelo que se depreende dos depoimentos, no início dos anos 50, houve uma convergência de interesses políticos entre os grupos que então assumiam o governo

estadual e o grupo de enfermeiras que pretendia inaugurar a Escola de Enfermagem da UFRGS, em Porto Alegre. Estas, apoiadas na Lei nº 775/49, reivindicaram a extinção da Escola de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas.

De fato, no final dos anos 40, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED) e o grupo de enfermeiras formadas pela Escola Anna Néry e pelas escolas a ela equiparadas obtiveram a regulamentação do ensino de enfermagem, mediante a aprovação de uma legislação que atendia aos interesses daquele segmento da categoria de enfermagem. Conforme a Lei nº 775/49, as escolas que não se adequassem às condições prescritas deveriam ser transformadas em cursos de auxiliar de enfermagem e não poderiam mais expedir diplomas de enfermeiros. O direito ao título de enfermeiro restringiu-se, então, ao pessoal que cursava escolas reconhecidas pelo governo federal e que estivessem ligadas às instituições de ensino superior, nas quais o ingresso seria restrito às pessoas que possuíssem nível de escolaridade secundário (Carvalho, 1976).

Entretanto, num período anterior à aprovação desta legislação, tais grupos já se haviam pronunciado contrariamente à criação da Escola Profissional de Enfermagem do Hospital São Pedro. Segundo Carvalho (1976, p.123), *"em maio de 1939, as enfermeiras foram alertadas pela presidente (da ABED) para o fato de estar sendo organizada, no Rio Grande do Sul, uma escola de enfermeiras 'cujas bases não estão de acordo com as nossas'."* e ressalta que a presidente da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas referia-se à uma escola criada por uma instituição de saúde estadual e não reconhecida pela legislação federal vigente na época ¹¹. Evidentemente, tratava-se da Escola Profissional de Enfermagem do Hospital São Pedro.

Na realidade, a oposição da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED) à criação e ao funcionamento de outras escolas que não se enquadrassem àquela legislação - dentre as quais incluía-se também a Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e a Seção Mista da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Departamento de Assistência a Psicopatas-, visava tornar o modelo de ensino de enfermagem *nightingaleano* hegemônico no país (Germano, 1984; Silva, 1986). Na realização desta tarefa, as enfermeiras contaram com o apoio de certos segmentos da categoria médica (especialmente os dirigentes do Departamento Nacional de Saúde) e das autoridades governamentais, que tinham interesse

¹¹ Trata-se do Decreto nº 20109, de 15 de junho de 1931, que regulamentou pela primeira vez o exercício de enfermagem no país, estabeleceu a equiparação de todas as escolas de enfermagem, oficiais ou particulares, à Escola de Enfermagem Anna Néry e prescreveu que a direção das mesmas deveria ser assumida por uma enfermeira.

na formação deste tipo de profissionais (Silva, 1986) e na regulamentação da profissão no Brasil¹².

Neste sentido, de fato um dos elementos importantes para a concretização deste processo foi a extinção da Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas do Rio Grande do Sul.

O mesmo não ocorreu no Rio de Janeiro. Lá, a alternativa adotada foi a adequação da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e da Seção Mista da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Serviço de Assistência a Psicopatas às exigências legais (Moreira, 1990; Pontes, 1971).

Entretanto, a adaptação só pode ser atribuída em parte à iniciativa dos psiquiatras. Conforme procurar-se-á demonstrar, as medidas tomadas no sentido de adequar a escola do Departamento de Assistência a Psicopatas às condições requeridas pelo Decreto no. 20109, de 1931 e pelos que lhe sucederam decorreram mais do desinteresse dos psiquiatras em mantê-la de acordo com as finalidades e a organização político-administrativa que lhe atribuíram até 1940 do que das pressões exercidas pelo grupo representado pela ABED ou por quaisquer outros grupos que desejassem sua modificação.

Pontes (1971) e Moreira (1990) já descreveram em seus estudos a trajetória percorrida para transformar a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Serviço de Assistência a Psicopatas num estabelecimento de ensino equiparado às demais escolas oficiais - o que só aconteceu definitivamente no final dos anos 50. Por isso, apenas os aspectos assinalados por elas que possibilitam demonstrar a suposição acima serão retomados aqui.

Conforme a primeira autora (Pontes, 1971), durante a década de 30, os dirigentes da escola ignoraram completamente a legislação que regulava o exercício e o ensino de enfermagem no país. Neste período, eles estavam mais preocupados com as dificuldades que enfrentavam para mantê-la em funcionamento, devido à precariedade de recursos financeiros, à falta de uma sede e de instalações adequadas para o ensino no Hospício Nacional, como atesta o relatório do diretor da seção mista, citado por Pontes (1971). Por outro lado, o curso de visitadoras sociais continuou sendo ministrado pela seção feminina da escola e só foi desativado no início de 1940, como foi visto anteriormente.

¹² Ver. também, Santos (1987), em que se discute o papel que a regulamentação das profissões, estimulada pelo Estado brasileiro após a Revolução de 1930, teve na constituição de uma "cidadania regulada".

Em 1941, quando se reorganizou novamente a assistência psiquiátrica, a escola passou a subordinar-se ao Serviço Nacional de Doenças Mentais. No ano seguinte, o Decreto nº. 4725 reorganiza a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e o nº. 10472 aprova seu novo regulamento em 22 de setembro de 1942. A partir de então, ela passa a ser chamada de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, as seções feminina e mista são unidas numa só e transferidas para uma sede na Praia Vermelha. São criados os cargos de diretor e secretário da escola e a função de professor, que poderia ser preenchida por *"médicos, enfermeiros nacionais ou estrangeiros, servidores do Estado ou não"* (Pontes, 1971, p. 206), que seriam remunerados por hora aula, e, em 1944, ela passou a ter um orçamento próprio.

Mas o mais importante é que as finalidades da escola foram completamente modificadas nestes decretos. A partir de 1942, caber-lhe-ia *"promover a especialização, em serviços psiquiátricos, de enfermeiros diplomados"*, assim como *"preparar enfermeiros auxiliares para os serviços sanitários e assistenciais"* (Pontes, 1971, p. 206) ou auxiliares de enfermagem, de acordo com Moreira (1990). Entretanto, o curso de especialização funcionou somente durante o ano de 1943, no qual foram diplomados nove enfermeiros (Moreira, 1990). No mesmo ano, a direção da escola foi assumida por uma enfermeira formada pela Escola Anna Néry, que tratou de aprofundar o grau de exigência em relação ao nível de instrução dos candidatos no processo seletivo e de ampliar os campos de aprendizagem prática (Moreira, 1990). Neste sentido, os hospitais psiquiátricos, que até a primeira metade dos anos 40 foram os únicos campos de estágio utilizados pelos alunos do curso de auxiliar de enfermagem, foram sendo gradativamente substituídos por outros serviços, de acordo com o que se apreende nos depoimentos abaixo:

"Era uma boa Escola na ocasião que eu a conheci (...). Eu mesma fui professora da cadeira de farmacologia e sentia uma grande afinidade entre as enfermeiras, porque essas moças que estavam sendo treinadas para trabalhar em psiquiatria...Então elas tinham realmente a possibilidade de trabalhar no Hospital Psiquiátrico e, muitas vezes como na minha seção, eu tinha as minhas alunas que trabalhavam comigo na seção Pinel, no Hospital da Praia Vermelha. E acho que foi uma boa escola, a diretora foi uma pessoa bastante...Formada na Anna Néry, uma mulher inteligente, uma mulher que gostava e compreendia os doentes mentais e se esforçava o máximo para fazer da Escola uma boa escola e as alunas saírem com experiência razoável e bom conhecimento dos doentes mentais..."(Dra. A.M., p.22)

Apesar do conceito favorável exposto pela entrevistada, não se pode afirmar que sua posição tenha sido compartilhada por todo corpo médico da Escola Alfredo Pinto e do Hospício Nacional. Conforme relatam Pontes (1971), Moreira (1990) e as enfermeiras da Anna Néry entrevistadas, a primeira enfermeira que dirigiu a Escola, Dona Maria de Castro Pamphiro, precisou vencer muitas resistências naquele período para introduzir as modificações que pretendia. Uma das dificuldades encontradas por esta diretora era a insuficiência numérica do corpo docente e a falta de campos de estágio, o que a fez recorrer a ajuda da Escola Anna Néry, segundo relata uma das enfermeiras entrevistadas:

"Eu, já como professora (da Escola Anna Néry), já formada, nós recebíamos alunas da Alfredo Pinto no Hospital São Francisco de Assis, porque cada uma de nós, as enfermeiras já diplomadas, éramos responsáveis por uma enfermaria ou outra, duas às vezes, e recebíamos alunas da Anna Néry, mas da Alfredo Pinto também. Houve uma ocasião em que elas estavam com dificuldade de encontrar (campos de) estágio. Então, trazia uma supervisora e colocava com as minhas alunas nas enfermarias, porque a supervisora delas era de todas as enfermarias, não é? E nós, então, também assumíamos a responsabilidade pelas alunas dela nas enfermarias. Aliás, em todo decorrer destes anos em que nós estávamos no hospital, geralmente a Alfredo Pinto também vinha junto. E como elas tinham poucas supervisoras, nossas professoras (da Anna Néry) também davam um auxílio às outras, não é? Respondiam às perguntas das alunas, deixavam que elas acompanhassem aquelas sessões de estudo, etc. Então havia sempre um acerto nosso."

E- Nesta época, a sede da Escola Alfredo Pinto ainda era no Engenho de Dentro?

"Não, já era aqui. Tinha acabado de passar para a Praia Vermelha. Não me lembro, agora, a época exata em que passou, mas em 1945 ela já estava aqui na Praia Vermelha"

E- E na época do Engenho de Dentro, vocês tinham algum contato com as alunas da Escola Alfredo Pinto ?

"Não, lá não tinha, porque elas ficavam só, realmente, quase que só lá, nos estágios de psiquiatria, não é?" (Enfa C.P., p.4)

Pelo exposto acima, verifica-se que a formação de pessoal de enfermagem especificamente para o campo da assistência psiquiátrica foi gradualmente abandonada em favor da preparação em enfermagem geral.

Embora as autoras citadas atribuam essas mudanças ao empenho das enfermeiras que assumiram a direção da escola no período posterior a 1940, pensa-se que as alterações dos objetivos da escola foram determinadas por motivos de outra ordem.

É preciso considerar que neste período os processos de formação de pessoal de enfermagem implementados pelos psiquiatras do Rio de Janeiro já tinham cumprido os objetivos para os quais haviam sido criados. Uma evidência disso é a extinção do curso de visitadoras sociais no início da década de 40 que, não por coincidência, ocorreu no mesmo período em que os Programas de Higiene Mental e os serviços abertos foram desativados. Outra indicação é a reorganização da escola, em 1941, com a fusão das duas seções e sua transferência para uma sede na Praia Vermelha, num período em que o Hospício Nacional de Alienados, também situado naquele local, estava sendo desativado e seus doentes internos transferidos para as Colônias do Engenho de Dentro e de Jacarepaguá. Isso leva a supor que a utilização dos alunos como força de trabalho naqueles serviços não se fazia mais necessária.

Há outros fatos importantes para corroborar a suposição de os dirigentes das instituições psiquiátricas não precisavam mais recorrer ao preparo de pessoal para implementar os serviços psiquiátricos e que não desejavam mais continuar responsáveis pela implementação destes processos. Por certo, a autonomia financeira em relação ao Hospício Nacional e às colônias concedida à escola depois de mais de meio século de existência e a nomeação de uma enfermeira, que não fazia parte dos quadros da escola, para a direção do estabelecimento de ensino não foram gratuitas. Elas decorreram do desinteresse dos psiquiatras em manter sob seu controle o processo de formação do pessoal de enfermagem para as instituições psiquiátricas.

E tudo isso ocorreu por uma simples razão: eles já tinham alcançado na prática os objetivos que os levaram a reinaugurar a escola no início deste século. Como mostrou-se no presente estudo, os processos de formação empreendidos no Rio de Janeiro (como também os de Porto Alegre) contribuíram substancialmente para modificar a concepção de loucura e o tipo de intervenção até então utilizado pelo pessoal de enfermagem que atuava nos hospitais e colônias, levando-os a assimilar a visão médica de loucura como doença mental e os princípios do tratamento moral. Além disso, possibilitaram a introjeção das normas disciplinares, nas quais fundamentava-se o modelo terapêutico (dentre as quais a obediência aos superiores hierárquicos e o reconhecimento da figura do médico, enquanto representante do poder/saber psiquiátrico) e a aquisição de conhecimentos que permitiam-lhes manipular os recursos terapêuticos então adotados. Deste modo, não havia mais necessidade de centralizar em suas mãos a coordenação do processo de formação.

Há, ainda, um último aspecto que deve ter contribuído para que eles assumissem esta posição. Considerando-se as já referidas condições em que se encontravam os hospitais

psiquiátricos na segunda metade dos anos 40, não é difícil supor que a preparação de pessoal de enfermagem perdesse a importância que tivera até então. Num espaço superlotado, com as instalações físicas completamente deterioradas - que por si denunciavam o abandono em que haviam sido deixados os hospícios e tornavam ainda mais explícitas as funções de exclusão e segregação que lhes haviam sido destinadas - como observar os doentes, separá-los e classificá-los de acordo com a patologia, empregar o recurso terapêutico mais adequado a cada caso? Para que investir na qualificação de pessoal se agora suas atividades restringiam-se tão somente à execução das prescrições médicas e à manutenção da ordem no interior do espaço asilar? E se o preparo para estas funções poderia ser obtido através de um treinamento rápido, desenvolvido e supervisionado pelos médicos e pelos próprios colegas no interior do processo de trabalho, como ocorria nas outras instituições psiquiátricas públicas, porque continuar investindo na formação destes profissionais?

Passa-se, agora, a análise dos processos de preparação não sistematizados de pessoal de enfermagem desenvolvidos nas instituições psiquiátricas públicas entre os anos 20 e 50.

III.2. Os processos informais de preparação para o trabalho em enfermagem nas instituições psiquiátricas públicas do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Barbacena e Salvador.

Ao contrário do que ocorrera no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, o tratamento dado à preparação do pessoal de enfermagem foi bem diferente nas instituições psiquiátricas de São Paulo, Barbacena e Salvador. Nestas, não foi adotada nenhuma modalidade de preparação formal para trabalhar em psiquiatria durante o período compreendido entre as décadas de 20 e 50, apesar das reiteradas queixas de seus dirigentes sobre a falta de pessoal devidamente qualificado (Pacheco e Silva apud Cunha) para os hospitais psiquiátricos.

No mesmo período em que aquelas duas instituições davam os primeiros passos para (re)organizar suas escolas de enfermagem, os estabelecimentos psiquiátricos de São Paulo, Barbacena e Salvador procuravam sanar a falta de qualificação da força de trabalho em enfermagem de forma distinta.

Em São Paulo, as tentativas empreendidas para criar uma escola de enfermeiros por Franco da Rocha e Peixoto Gomide, em 1910, não deram resultado e a alternativa encontrada foi a preparação do pessoal no próprio processo de trabalho, sob a supervisão constante dos alienistas. Em relação à escola, afóra o breve relato do então diretor do Hospício do Juqueri (Franco da Rocha, 1912), a já mencionada inexistência de outros

registros escritos desta experiência coincide com o desconhecimento de seu funcionamento efetivo nos anos 20 por parte dos entrevistados. Um deles, que ingressou no Hospital do Juqueri como médico interno, em 1929, relata o seguinte:

*"Não havia nenhuma escola de enfermagem, quando eu fui para o Juqueri. Eu não me lembro de quando foi criada a primeira escola. Não sei, Mas não deve ter sido coisa muito antiga. Porque lá no hospital do Juqueri, 80% dos funcionários que trabalhavam lá eram portugueses. Não sei porquê. Mas eles vinham direto de Portugal. Desciam em Santos e vinham direto para o Juqueri. Desciam no Juqueri e...me lembro de uma coisa muito engraçada: aqueles portugueses vinham de Portugal para trabalhar lá e traziam aquelas roupas- eram em geral camponeses- com aquelas vestimentas de portugueses. E quando eles chegavam, nós, que éramos estudantes, éramos encarregados de fazer um exame clínico. E era engraçado, porque eles vinham com todas aquelas roupas. Agora, eles é que, então, começaram a trabalhar lá. Trabalhavam doze horas por dia. Havia dois turnos: um, que começava às sete horas da manhã e outro, às sete horas da noite. O hospital fornecia a eles, além do salário - que na época era de 90 mil réis ou de 60 mil réis, uma coisa assim - alimentação e vestuário. Quer dizer, uniforme, aquelas coisas todas. Então, eles trabalhavam doze horas. Então, entre aquela turma toda que estava lá, os mais inteligentes, com um nível cultural melhor, começavam a fazer uma espécie de escalada. Começaram a fazer já papel de enfermeiros. E acabavam sendo chamados de enfermeiros, mas não eram enfermeiros. Porque, inclusive, não existia escola de enfermagem em São Paulo. O Pacheco e Silva conseguiu trazer, para o Juqueri, uma enfermeira diplomada, mas era alemã. Mas, sabe, aquela alemã, querendo...Ela não teve bom sucesso. (Ela) Tinha que compreender que ela não podia fazer, no Juqueri, aquela disciplina. Aquele negócio de um hospital alemão, onde já existia enfermeira diplomada e o curso em que o enfermeiro se diplomava...Isso eu posso afirmar, porque dei aula em muitas escolas (de enfermagem). Quer dizer, as mesmas aulas de psiquiatria que a gente dava na medicina, quer dizer, não um curso tão completo, mas dava, para aquelas moças, dava do mesmo jeito. Olha que era um curso de quatro anos. Então, uma enfermeira diplomada tinha um nível universitário. E essa (alemã) tinha o nível universitário. Mas ela não podia querer tocar aquilo (Juqueri) com aqueles portugueses. Agora, era uma gente muito legal. Tinha uma aluna destaque, extraordinária, ela se dedicava de corpo e alma. Então, o pessoal subalterno era bem simples. **Os mais inteligentes e os que tinham mais vontade de progredir** é que passavam a ser ajudantes de enfermeiros, enfermeiros, até chegarem a ser enfermeiro-chefe. Mas não eram enfermeiros." (grifo nosso)*

E- Mas, então, eles ascendiam numa carreira, em função da prática.

"Exatamente. Faziam uma carreira lá dentro, mas uma carreira... Como existia nos outros hospitais; era tudo a mesma coisa. Os enfermeiros faziam uma carreira prática, não tinham formação universitária. Então, nesta época o que existia era isso. Mas o predomínio - o engraçado é que até o próprio nome. Havia o porteiro-chefe lá. Era uma espécie de administrador do hospital. Também era português. E a grande maioria deles eram portugueses. E muitos deles acabavam se casando e constituindo família lá. E ficavam por lá mesmo. Muitos dos seus filhos foram para a medicina. Mas não só medicina, direito também. Havia uma seleção, mas era uma seleção natural. Havia, assim, uma carreira, e até hoje mesmo, a maioria dos hospitais não têm enfermeiros formados" (Dr. H.M., p.4)

Outro entrevistado, também médico do Juqueri nos anos 40, que dedicou-se a pesquisar a história desta instituição, conta que:

"O Franco da Rocha tinha interesse em organizar uma escola de enfermagem, se bem que o Franco da Rocha fazia tudo pessoalmente e formava os enfermeiros de acordo com a necessidade de preparo deles. Assim como eu formei assistentes sociais para o manicômio sem ter escola de assistência.(...) De maneira que o aspecto da enfermagem no Juqueri... Eram pessoas que vinham de Portugal, o número de portugueses era muito grande em todos os setores. Não era só na enfermagem, era na administração. Os primeiros administradores eram portugueses. Soares, que foi o primeiro administrador de Franco da Rocha, era português." (Dr. P. F. p. 2, 13)

Por certo, o comentário acima é procedente no que diz respeito às características centralizadoras da atuação administrativa de Franco da Rocha em relação aos funcionários do hospital, como já foi analisado por Cunha (1986), e de alguma forma justificam o abandono da ideia de criar a escola naquele período. Todavia, não se pode desconsiderar que determinações de outra ordem tenham-no levado a descartar a proposta. No entanto, não será possível aprofundar tal discussão no âmbito do presente estudo, tanto por fugir ao período limitado por esta investigação, quanto por exigir um exame mais acurado daquele contexto histórico. É suficiente dizer que os motivos que provavelmente levaram Franco da Rocha a abandonar a proposta de criação de uma escola de enfermagem foram semelhantes aos que possivelmente inviabilizaram a sua organização nas décadas seguintes. Como foi visto no primeiro depoimento, o sucessor de Franco da Rocha adotou outras vias para obter profissionais devidamente qualificados. Além disso, da mesma forma que seu antecessor, Pacheco e Silva também pensou em criar uma escola de enfermagem no Juqueri, mas não encontrou condições para fazê-lo, de acordo com o que mostra uma correspondência

dirigida por ele a Godoy (1952). Tais dificuldades, entretanto, não são especificadas na carta. Questionados a este respeito, os informantes que conviviam diretamente com Pacheco e Silva disseram que:

"Havia o seguinte: não havia uma coisa oficial, mas havia, por exemplo: o próprio Pacheco reunia os estudantes (de medicina) e começava a dar cursos de psiquiatria, cursos teóricos. Aqueles funcionários que se destacavam mais, se procurava dar a eles um certo ensinamento, uns certos cursos. Mas uma escola assim, pelo menos de 1927 em diante eu não sei disso." (Dr. H.M., p.17)

"Eu não tenho idéia, apesar de ter uma história de vida muito grande, eu não me preocupei muito com este aspecto. O Professor Pacheco e Silva deve ter se interessado pela fundação dessa escola, tenho quase certeza, mas depois ele desenvolveu mais a parte da clínica psiquiátrica." (Dr. P. F. p.13)

Ainda assim, não há dúvida de que Pacheco e Silva preocupava-se com a preparação de enfermeiros para o campo da assistência psiquiátrica. Em decorrência disso, produziu um manual intitulado "Cuidados aos psicopatas", publicado pela primeira vez em 1930, que consiste numa das raras obras destinadas ao público de enfermagem no período. Nele, o autor salienta a "deficiência de profissionais com conhecimentos básicos indispensáveis ao bom desempenho de sua missão" e atribui tal situação ao fato de que

"No Brasil, a profissão de enfermeiro ainda não atingiu o nível que ela ocupa nos países da Europa e nos Estados Unidos; sobretudo em relação aos enfermeiros de hospitais para psicopatas(...) A culpa não lhes cabe, mas sim aos nossos legisladores, que ainda não cercaram a profissão do amparo de que ela necessita, e aos médicos, por não se dedicarem, como deviam, à instrução dos seus colaboradores." (Pacheco e Silva, [193-], p.7-8)

Contudo, mesmo após a aprovação da legislação que regulava o exercício e o ensino de enfermagem no país, nos anos 30, o pessoal de enfermagem do Juqueri continuou sendo preparado para assistir os doentes mentais pelos médicos do Juqueri e pelos funcionários mais antigos no próprio processo de trabalho. Enquanto isso, também em Barbacena adotaram-se certas medidas para resolver o problema da carência de pessoal de enfermagem devidamente qualificado para trabalhar no Hospital-Colônia, que excluíram qualquer modalidade de preparação formal. Uma delas é mencionada pelo médico entrevistado - que, por ser neto do primeiro diretor do Hospício de Barbacena, Joaquim Antônio Dutra, passou

sua infância naquele estabelecimento e, depois de formado, foi responsável pela criação da Enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital-Colônia:

"Mas, aqui houve duas enfermeiras. Foi o primeiro hospital de doentes mentais em Minas Gerais que teve enfermeiras formadas. Nós tivemos aqui, eu tenho o nome delas para você. A primeira, formada na Anna Nery, chamava-se D. Maria Amélia Ramos de Almeida. Era conhecida por Dona Piquita. Maria Amélia Ramos de Almeida, foi trazida pelo meu avô, lá do..." E - Em que época ? " Em mil novecentos e vinte e poucos. Eu não sei exatamente o ano. E veio com ela, logo depois, uma outra que se chamava Henriqueta Gralha Montes, também formada na Anna Nery. Vieram para aqui e se dedicaram à assistência ao doente psiquiátrico. Até 1940, (o Hospital - Colônia) era modelo. Depois foi caindo, devido ao acúmulo que este excesso de doentes, que não eram propriamente doentes mentais, porque eram problemas sociais de toda ordem.(...)" (Dr. E.C., p. 3)

Pelo exposto até aqui, verifica-se que a participação de enfermeiras diplomadas - a quem também caberia a coordenação das atividades acima - foi apenas pontual e de duração sempre muito curta, nas décadas de 20 e 30. Porém, não se pode atribuí-la somente à resistência dos trabalhadores de enfermagem e da própria categoria médica ao regime disciplinar que estas profissionais desejavam ver instalado nos estabelecimentos psiquiátricos, segundo argumentou o alienista paulista (Dr.H.M.). Até porque, independentemente da presença destas profissionais, o regime disciplinar a que eram submetidos os trabalhadores de enfermagem no Hospital do Juqueri (Pacheco e Silva, [193-]; Cunha, 1986) era bastante rígido e fora estruturado pelos alienistas num período que antecedeu a vinda da primeira enfermeira diplomada, o que vale também para Barbacena.

Segundo Miranda (1990), mesmo no processo de organização do sistema Nightingale, na Inglaterra do século XIX, o trabalho nas instituições psiquiátricas foi preterido pelas enfermeiras. No Brasil dos anos 20 aos 40. A curta permanência das profissionais nos hospitais psiquiátricos pode ter decorrido dos mesmos motivos que, para Miranda (1990), justificam a exclusão do doente mental institucionalizado da clientela da Escola Anna Nery: a dificuldade de conseguir que mulheres com grau de escolaridade secundário quisessem trabalhar com o louco. E, acrescente-se, que se dispusessem a comandar trabalhadores tão resistentes a aceitar ordens vindas de outros profissionais que não os alienistas.

Ainda no final dos anos 20, tal como ocorrera dez anos antes em Porto Alegre, a direção do hospital de Barbacena recorreu aos serviços de uma congregação religiosa para

resolver o problema da escassez de pessoal. As irmãs de caridade ali permaneceram desde 1929 até o final dos anos 70, de acordo com o relato abaixo:

"Depois, vieram as irmãs de caridade, em 1929, foi no tempo do Antônio Carlos. Foi um retrocesso tremendo. As irmãs de caridade eram as Vicentinas. Muito atrasadas, muito tacañas, elas, enfim, impuseram lá dentro um sistema de discriminação contra os funcionários, contra os doentes, era uma coisa terrível. A irmã de caridade, como elas fazem voto de pobreza, eu não posso ter nada, então, a minha Irmandade há de ter tudo. Já que eu não posso ter nada, a minha Ordem deve ter tudo. Então eram escondidos objetos materiais, não eram permitidos às famílias, ficavam com as irmãs, cobravam. Tinha uma parte lá que era chamada de pensionistas, elas cobravam. Uma coisa... Mas saiu, graças a Deus, saíram. Eu não sou, eu sou católico, mas irmã de caridade, em hospital, eu acho um retrocesso tão grande (ênfase). Porque elas são tão atrasadas."
(Dr.E.C., p.7)

O mesmo recurso foi utilizado, quase vinte anos depois, no Hospital Juliano Moreira, em Salvador. Conforme um dos entrevistados relata, até o final dos anos 40, contava-se apenas com pessoal leigo, sem qualquer preparo específico em enfermagem, para atuar naquela instituição:

"Não havia enfermagem. Ele (Oswaldo Camargo) fechou um convênio com um grupo de freiras camiliana e toda enfermagem era feita pelas freiras, subordinadas à Madre Superiora. Cada pavilhão - o hospital era pavilhonado - tinha uma freira que tomava conta, exercendo as atividades de enfermagem. Não sei se tinham curso de enfermagem ou não. E estas freiras ficaram lá muito tempo. Quando eu comecei a trabalhar como interno (sextonista de medicina) eram as freiras que faziam as atividades de enfermagem. Já no fim da gestão Camargo, ou após essa época dele, o convênio que o governo tinha com esta ordem religiosa terminou a vigência. Então eu me lembro que chegou primeiro um enfermeiro, mas como era um enfermeiro só, ficou mais ligado à atividade de administração do que de enfermagem mesmo. Depois, começaram as contratações de enfermeiras."

E- As enfermeiras formadas pela UFBA?

"Sim, eu digo enfermeira de nível superior. Não havia, na época, escola de auxiliar de enfermagem. As atividades de enfermagem eram exercidas pelos atendentes, que hoje estão em extinção, questão da lei e tal... E era um trabalho todo meio artesanal, pessoas

que se dedicavam ao atendimento de enfermagem. Não quer dizer que não tivessem pessoas de boa qualificação, dedicadas, que amavam os pacientes que tratavam bem e tal. Então, havia atendentes do sexo feminino e masculino. Só depois, é que vieram as enfermeiras para trabalhar no hospital. Porque a escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia data da década de 50, que é uma década importante para o Estado da Bahia, em que houve todo um renascimento da cultura baiana (...)" (Dr. G. N. p. 2-3).

Mas, conforme contam outros entrevistados, a vinda das religiosas para o Hospital Juliano Moreira foi precedida pela chegada das enfermeiras, oriundas do Rio de Janeiro, particularmente ligadas ao Serviço Nacional de Doenças Mentais:

"Dr. Oswaldo Camargo contou com apoio muito grande de duas enfermeiras que ele trouxe do Rio, enfermeiras de nível universitário, uma delas eu me recordo do nome porque demorou mais tempo aqui, e, foi uma pessoa que me marcou, porque tinha uma personalidade digna de todos os louvores, era um tipo inesquecível pela dedicação com que essa moça trabalhava, pelo que ela sofria, pelas resistências que ela encontrou. Chama-se Alice Ramos Correia. Tanto que quando eu assumi a Direção do Hospital em 1953, eu fui ao Rio e tentei trazê-la novamente para o hospital. Mas ela já estava na expectativa de aposentadoria e me disse que não poderia voltar. A companheira dela, cujo nome eu não sei completo porque demorou menos tempo, chamava-se Orlandina, não me lembro o sobrenome. Essas duas moças fizeram realmente uma renovação do sistema de enfermagem do hospital. Sofreram muito, porque encontraram dois tipos de resistências compreensíveis psicologicamente mas que foi difícil para elas superar e vencer: à mim não, eu como pessoa jovem que estava chegando ao hospital, sem compromisso com ninguém, sabia discernir quem queria modernizar, quem queria trabalhar e aqueles que queriam permanecer arraigados a técnicas, sistemas, a prerrogativas antigas de prestígio, etc. Essas duas moças enfrentaram duas resistências: uma do corpo médico, que não aceitava a substituição dos auxiliares de enfermagem por enfermeira de nível universitário. Uma situação compreensível, primeiro porque eles estavam muito bem afinados, identificados com aquele pessoal antigo com quem trabalhavam muitos anos e haviam vínculos afetivos, sólidos, eles não queriam romper estes vínculos. E, segundo, porque eles lideravam completamente a equipe, porque a enfermagem era enfermagem quase que leiga e tudo o que eles diziam era o que prevalecia dentro da área de enfermagem. De maneira que quando elas chegaram aqui encontraram essas barreiras, essas resistências, que eu ainda encontrei depois. Quando elas voltaram para o Rio, o Dr. Oswaldo Camargo fez um convênio, um contrato com uma

ordem religiosa, de S. Camilo de Lélis, que funciona lá no Rio hoje. (...) Ele trouxe essas freiras, essas religiosas para cá e elas assumiram toda a parte de enfermagem e de zeladoria do hospital. Foi outra fase muito boa, porque as irmãs eram também muito dedicadas. Não sei se entre elas havia alguma com diploma de enfermagem mas o que é fato é que elas mantiveram aquele sistema de trabalho que já estava implantado. Mas como o Estado entrou em uma crise financeira, lá pelo ano de 1950 mais ou menos, uma seca muito grande, decréscimo na exportação de cacau, etc. Dr. Oswaldo Camargo resolveu voltar para o Rio. Quando ele tomou essa decisão, comunicou às religiosas, e as religiosas se comprometeram também a irem embora e assumir a administração desse hospital de tuberculosos lá do Rio. De modo que quando eu fui chamado para assumir a direção do Hospital eu esbarrei com este problema: a perspectiva de que tão logo mudasse a diretoria, as religiosas iriam embora e eu ficaria sem enfermagem nenhuma. Como eu lia muito, gostava do assunto, eu vislumbrei a possibilidade de aí introduzir no hospital definitivamente um sistema de enfermagem psiquiátrica. Entrei em contato com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que naquele tempo a escola da Universidade Católica ainda não funcionava, e através da Diretoria da Escola, de que eu contava com todo o apoio, foi indicada a primeira enfermeira de nível universitário para o Hospital Juliano Moreira, que foi a D. Semiramis Reis Cabral. Ela está aposentada. Uma moça muito dedicada, que abriu caminho para que depois viessem outras colegas que foram se firmando, inclusive essa que a Sra. acabou de ver agora, a D. Junia, uma pessoa admirável, que foi uma das pontas de lança para introduzir a enfermagem no hospital. Daí eu encontrei novas resistências do corpo médico, que ainda estava convencido de que aquele sistema antigo iria ser reestabelecido - eu não faço nenhuma crítica ao corpo médico. Eu compreendo isso: eles estavam adaptados a um sistema de trabalho, a uma rotina, com o pessoal leigo, e era natural que resistissem às mudanças.- Devo dizer que, quando falo no corpo médico, não estou generalizando, porque haviam médicos que compreendiam a valia, a importância da enfermagem especializada. Aqueles mais antigos é que resistiam. E também do pessoal auxiliar, que sentia que iria decair em prestígio, em importância de autoridade com este novo sistema. Mas nós conseguimos vencer essas barreiras. Tanto que depois de poucos anos de trabalho, eram aqueles próprios médicos que haviam resistido, que me procuravam e diziam : 'Olha, você precisa contratar uma enfermeira para o meu pavilhão. Os outros pavilhões vão bem e o meu não vai. Você deu uma enfermeira para os outros e para o meu, não'. Eu sentia o êxito, o resultado, o fruto de um trabalho de convencimento, através da demonstração. Eu acabei deixando que eles compreendessem a importância e

o significado do trabalho da enfermagem técnica, psiquiátrica. Ai foi fácil. Ai, eu fui introduzindo as enfermeiras e o corpo de enfermagem se consolidou." (Dr.R.R., p.3-5).

De acordo com um terceiro entrevistado (Dr.R.P., p.7), as enfermeiras trazidas por Oswaldo Camargo eram formadas pela Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto e haviam sido preparadas no hospital do Serviço Nacional de Doenças Mentais; junto com elas viera também um enfermeiro diplomado pelo mesmo estabelecimento de ensino. Ressalte-se que, tanto Oswaldo Camargo Abib, quanto Elso Arruda, compunham o corpo docente da Alfredo Pinto no início dos anos 40 e não há dúvidas de que escolheram suas auxiliares dentre ex-alunas daquela escola por pertencerem ao único grupo de enfermeiras que no Rio de Janeiro, naquele período, possuíam formação específica em enfermagem.

Pelos relatos acima, observa-se que, com exceção do Hospital do Juqueri e dos estabelecimentos psiquiátricos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, as demais instituições psiquiátricas públicas recorreram ao trabalho de congregações religiosas como uma estratégia não só para sanar a insuficiência numérica da força de trabalho em enfermagem, como também para suprir a falta de pessoal devidamente qualificado para administração da assistência e do pessoal de enfermagem. Nota-se, também, que se tratavam de diferentes ordens religiosas originárias, ora da França (como por exemplo a de São José e a de São Vicente de Paula - que, coincidentemente é a mesma congregação que fora expulsa do Hospício Nacional de Alienados em 1891), ora da Itália (como no caso da congregação de São Camilo, de acordo com o que informou o entrevistado Dr.R.P.), sendo que as primeiras, conforme já visto, tinham uma tradição de trabalho em hospitais psiquiátricos. Além disso, pensa-se que também existiam resistências à atuação das congregações religiosas, fato este que pode ser comprovado pelas referências feitas em relação aos conflitos havidos entre elas e os dirigentes das instituições psiquiátricas nos depoimentos de informantes de Porto Alegre e Barbacena, e que lembram bastante o confronto que se estabelecera no Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, entre Teixeira Brandão e as irmãs de caridade no final do século XIX. Entretanto, dada a tradição do trabalho religioso nas instituições hospitalares e as já comentadas características por ele apresentadas, ele produzia uma menor resistência; por parte dos funcionários, ao comando das religiosas. Sobretudo, porque ele era mais compatível com uma prática empírica da enfermagem psiquiátrica. Ademais, ele garantia a manutenção da disciplina, necessária ao funcionamento dos hospícios, de acordo com o que é exemplificado nos trechos a seguir:

E- E a senhora lembra das irmãs?

"Me lembro: trabalhei com elas. eram dez irmãs para cada pavilhão. ficava uma e a superiora."

E- E elas trabalhavam na enfermagem?

"Trabalhavam, minha filha (ênfase). Nada coisa assim não. Mas no serviço de limpeza, no de fiscalização, no de orientação. Não havia coisa melhor ali. Porque elas também faziam, não havia coisa não. Porque, quando tinham funcionários que não precisava ficar em cima, elas iam fazer a ronda. Elas iam no recreio, não deixavam doente ficar descalço, não deixavam doente nua, não deixavam doente suja, com cabelo coisa. Elas não queriam. As doentes ficavam impecáveis. Elas faziam ronda, ficavam ali também. Elas davam banho em doentes. Foi em 50,51, 52, quando elas fizeram a recisão do contrato. (Vis.San.A.R.F., p.9)

"As Irmãs (ênfase). As Irmãs davam o cargo de enfermeira, para a gente ser enfermeira, e nós que recebíamos, as terças-feiras, nós recebíamos um ônibus de pacientes que vinha de fora. Vinha de Belo Horizonte (...) As mais bravas, que a gente via que estava braba mesmo, as Irmãs transferiam lá para o Rodrigues Caldas e para o José de Moura, porque lá tinha modo de por elas nas celas, não é?" (G. V.S., p. 13)

"(...) E dessa época para cá, o tratamento vem melhorando. E agora, de onde que eu te digo, você não vê zoeira mais na casa, não vê paciente todo rasgado, sujo...você não vê mais. Quer dizer, mesmo a Direção do Hospital é uma direção boa. O Diretor, a gerente. Quer dizer que mostram o serviço. Mas no nosso tempo não. Entravam sempre as irmãs no meio. E quase não deixavam o Diretor tomar a frente. Não era igual agora. Não tinha gerência...As vezes, estava em casa, mandavam buscar em casa para trabalhar...Além das vinte e quatro horas sua. Faltava alguém, eles corriam, mandavam buscar a gente para gente vir fazer outras vinte e quatro (horas) da outra. (...)" (Atend.Enf. G.F., p. 4)

Contudo, todas as medidas mencionadas até aqui referem-se às estratégias utilizadas pelas instituições psiquiátricas para solucionar as deficiências de pessoal para assumir a coordenação do processo de trabalho de enfermagem especificamente.

Enquanto isso, conforme já dito, a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem, encarregados do cuidado direto aos doentes mentais, permaneceu sem qualquer preparo formal específico para assistir aos doentes mentais naquelas instituições. Deste modo, o domínio de conhecimentos e habilidades que lhes permitissem intervir sobre os internados era adquirido no interior do processo de trabalho, ora sob a supervisão direta dos

psiquiatras, ora através da transmissão oral de conhecimentos entre os próprios agentes de enfermagem. Tal como nos processos já examinados de ensino formal, este treinamento, na maioria das vezes assistemático, estava totalmente dirigido à preparação para o trabalho e, como eles, também possibilitava a utilização das técnicas disciplinares já examinadas.

Pelo que se depreende dos depoimentos fornecidos pelo pessoal de enfermagem, os próprios psiquiatras assumiam a responsabilidade pela preparação destas pessoas durante o trabalho cotidiano nos hospitais. Segundo dois informantes - antigos guardas do Hospital do Juqueri, que ali ingressaram na primeira metade dos anos 40 - o aprendizado de procedimentos de enfermagem e de técnicas terapêuticas então utilizados ocorria do seguinte modo:

"Aprendemos aí dentro, não é? Eu aprendi aí dentro. Fiz tudo de enfermagem, mas tudo (ênfase), aí dentro."

E - E com quem o Sr. aprendeu a fazer as coisas de enfermagem?

"Ah, os médicos antigamente vinham fazer, vinham ajudar a gente (ênfase). Então, eles achavam (escolhiam) aqueles que tinham mais interesse e falavam: 'Então você vai fazer isso aqui, outro acolá'. E a gente aprendia com eles, com os médicos, o dia inteiro. Os médicos tinham interesse em ensinar (ênfase). Então, nós aprendíamos com eles. E depois eles deixavam. Olha, eu trabalhei numa clínica especializada, que eu fui até sub-chefe da clínica. Lá tinha tratamento de insulina, cardiazol e eletrochoque. Passou um ano, um ano e pouco, eu aplicava tudo, choque, insulina, tudo. Mas sem classificação (promoção), não é? Fazia por fazer." (Atend.Enf.J.S, p.2)

"Os médicos, os médicos que orientavam e tal, não é? Primeiramente eu entrei trabalhando na antiga diretoria. Lá naquele prédio, lá (da administração central). Entrei como telefonista, na diretoria. E dali, como eu tinha uma boa carta de recomendação, eles quiseram me ajudar. E aí eu fui para o Hospital Central, depois fui trabalhar na clínica. Tinha dia em que era aplicado eletrochoque, fazia cardiazol, fazia tudo isso aí. Tratamento de alcoolismo...Aprendi com eles, viu? Três médicos: Dr.Assis, Dr. Guedes... Tudo era com três médicos. Trabalhava com dois psiquiatras e um clínico."

E- E eles mesmos ensinavam as técnicas de enfermagem?

"Quer dizer, eles falavam: 'é assim e tal.' Ah, num instante eu já peguei, não é? Apliquei injeção endovenosa, intramuscular, subcutânea...Hoje eu...Mas ficaram gostando muito

de mim, tal e tal... Todos os médicos que iam lá, nenhum fala mal de mim. Todos eles gostavam. E assim fui em diante, até me aposentar. Substitui um encarregado, também chefe de seção... E assim foi." (Atend. Enf. G.T., p.8)

De forma semelhante ocorria a preparação do pessoal de enfermagem no Hospital Juliano Moreira na segunda metade dos anos 40 e no início dos anos 50, de acordo com o que mostram, respectivamente, os próximos dois relatos:

"Porém, o que dava a orientação, dava curso, eram os médicos psiquiatras. Porque de manhã, quando a gente chegava... eram auxiliares, que auxiliavam eles... então, os médicos especializados, quando era de tarde, ele formava aquele grupo, que estava ali na folga, ele orientava como tratar os pacientes, como acompanhar o paciente na ausência dele. Porque antigamente, o serviço era feito em 24 horas. Funcionário auxiliar dava 24 horas, juntamente com os internos (estudantes de medicina), porque o (Hospital) Juliano (Moreira) era quase um hospital-escola. Porque psiquiatria só havia lá. Eu, quando cheguei aqui, que eu trabalhava em um hospital clínico em Jequié, mas vim transferida para cá. Quando cheguei aqui, tinham outros diretores, os quais eu não alcancei. Mas cheguei na direção do Dr. Oswaldo Camargo. Foi um que veio do Rio. Ele veio com o chefe de clínica, com três enfermeiras, uma nutricionista. Trouxe a equipe para cá (Salvador). Do Rio para o Juliano. Então, as enfermeiras moravam no Juliano. Agora, eles não. Nem ele, nem o médico clínico moravam aqui. Então, foi começando. Os internos vindo da faculdade, com orientação do médico, que eles já tinham na escola, então eles iam fazer aquelas orientações, durante vinte e quatro horas." (Vis. San. A.R.F., p.11)

"Mas lá no Juliano Velho, a coisa era bem diferente. Eram 400 pacientes num pavilhão, ainda havia paciente sub judice. Você sabia o nome de todos. O médico; era até italiano. Mas muito rígido, muito rígido. Ele chegava às sete horas da manhã e saía ao meio-dia. Ali, hoje ele via uma parte dos pacientes, amanhã via outros. Agora, não havia os recursos que tem hoje. De medicamentos, não é? Porque, naquele tempo, era muito Cerletti. Você sabe, não é, que era Cerletti. Eram vinte, trinta Cerlettis. Vinte e trinta pacientes de insulina. Eu fazia insulina, entendeu? Antes de ser responsável pelo pavilhão, eu fazia insulina. Você conhece insulina, não conhece? Uma coisa perigosa para uma pessoa leiga, você entende? Você sabe? Nunca morreu um paciente comigo na insulina. Porque eu ficava, eu e mais duas. Umas cortando as glicoses todas ali e eu ali: tomando pulso, respiração. Até, se o paciente não queria comer, para botar pela sonda, eu sondava. Eu aprendia tudo. E ele me ensinava, viu? Tinha um médico lá, Dr. Guerreiro, menina, o

homem era cobra em insulina - tem até uma placa lá, com o nome dele-. Então, por isso eu sabia tudo. Ele me ensinava tudo. Porque ele sabia que eu era danada. Tudo, o Dr. Guerreiro me ensinava." (Aux.Enf. M.G., p.5)

Também no Hospital-Colônia de Barbacena alguns informantes afirmaram que os médicos participaram de sua preparação para trabalhar em psiquiatria, no início dos anos 50:

"Como eu aprendi? Eu, antes de trabalhar na Enfermagem, em clínica eu já tinha mais ou menos prática, em clínica. Agora, a enfermagem psiquiátrica, com o Dr. José Tolendal. Ele me ajudou muito, mas muito mesmo (ênfase). Ele me ajudou muito. E eu passei muito aperto com ele, porque, logo no princípio, eu fazia... A primeira vez que eu fiz, não fazia injeção não, injeção na veia, sabe? Só músculo, essas coisas... Curativo, essas coisas mais simples. Na veia não fazia, nunca tinha pego ainda no meu pavilhão. Ai, a Irmã falou que eu tinha, deixou lá escrito, eu não tinha ninguém (para aplicar). Na época, tinha uma Irmã, também, que trabalhava lá. Mas ela saía muito e deixava tudo por minha conta. Ai ele falou que eu tinha que fazer esta injeção. Ai, eu pensei, o que é que eu faço? Duas horas já tinham passado e a Irmã não chegava, como é que eu faço? Ai, eu pedi a Deus. Tinha que fazer, não é? Mas eu tinha medo. Mas, ai, eu fiz. E saiu muito bem."

E- E você fez sozinha?

"Sozinha. Depois tinha mais nos outros dias..."

E- E o ECT, como você aprendeu?

"Com o Dr. José Tolendal. Uma vez, eu falei... Não era ele, não. Antes dele era o Dr. José Carlos. Ele já era Diretor, sabe. Tinham umas pacientes para fazer ECT e ele, neste dia, se estava fazendo aos sábados, ai. Não. Eram só três pacientes. Saltou, porque não deu para fazer no sábado, na sexta-feira... Que elas chegaram na quinta-feira. Então, ele já tinha feito um ECT nesta paciente. Eu fiz, saiu tudo bem, mas eu falei: 'Olha, Dr., a pressão dela (paciente) está meio alta. Estava 15x9mmHg. Ele falou assim: 'Não tem importância, não. Pode fazer.' Eu disse: 'Olhe lá, doutor.' (Ele disse): 'Não, pode fazer.' Fui fazer, eu tinha costume de levar uma injeção (pausa). Não me lembro o nome. (Atend.Enf.M.da A., p. 6)

Pelas descrições acima, verifica-se que o treinamento realizado pelos médicos no próprio processo de trabalho voltava-se principalmente para a transmissão de técnicas necessárias à utilização dos recursos terapêuticos então disponíveis. Portanto, tratava-se de

uma preparação dirigida à execução de tarefas parciais e os treinandos não tinham praticamente acesso a um saber sistematizado, obtido quase que exclusivamente mediante a escolarização

Entretanto, a maior parte dos entrevistados aprendia a trabalhar em psiquiatria com seus pares. No Juqueri, por exemplo, a preparação dos guardas também era realizada por outros atendentes, que recebiam a denominação de enfermeiros:

"A gente entrava como guarda. Davam uma blusa amarela para a gente e mandavam a gente para as colônias. E tinham os encarregados. Os encarregados eram os mais antigos, porque, naquele tempo, o quemais dava por aqui era o português, não é? Os portugueses eram os chefes. Tinha um português que era o chefe, o enfermeiro-chefe lá do hospital. Aqui não tinha. Aqui era um outro português também, mas ele era prático de enfermagem. Então, este também se interessou por mim e começou a me ensinar o que eu fazia (tinha que fazer) com os doentes. Ai, eu fui aprendendo, fui assimilando. Não demorou muito, eu passei a ser o segundo enfermeiro. Depois ele faleceu e eu fiquei uma temporada como primeiro. Ai começaram as gambiadas. Ai eles começaram a...funcionário, já viu...Tinha, entrava um, no outro dia, com política, pegava cargo. De modos que, com uns tipos desses, ficamos todos jogados às traças." (Atend. Enf.J.S, p.12)

Segundo mostram os depoimentos de duas entrevistadas, que atuaram no Hospital-Colônia de Barbacena na função de guarda, elas foram preparadas para trabalhar em psiquiatria da seguinte forma:

"Quando eu entrei para cá, foi uma colega minha, ela já é falecida, (...), ela é que me ensinou o serviço. Ensinaava como a gente agir, como, na hora da alimentação dar os pratos, entregar os pratos aos pacientes, dar o pão, café..."

E - Ensinaava como lidar com eles?

"Quando eles agrediam, sabia como agir com elas. Não com violência, eu nunca peguei paciente com violência. Então, elas ensinavam assim...Era só na prática, a gente ia aprendendo..." (Atend.Enf.M. A., p. 2)

"Ah, minha filha, a gente ali não tinha professora, não. A que estava no lugar de enfermeira, como a Maria Augusta, a comadre Alzira, essas que já faleceram, que eu já disse o nome delas, elas ensinavam a gente e mandavam a gente ir. A gente ia e fazia."

E - Mas ensinavam como? Demonstravam inicialmente...

"Elas faziam uma vez, depois passavam para a gente e a gente fazia"

E - Quer dizer que vocês aprendiam observando?

"É, observando, não é? Ih, minha filha, eu aprendi muita coisa ali dentro. Eu fiz muito parto naquele Zoroastro Passos, inclusive tem prova, porque a menina está aí, com 14 anos (...) A comadre Alzira S. Eu fazia. A única coisa que não gostava muito de fazer, minha filha, que eu tinha pavor, que eu deixava para as outras era arrumar comprimidos no vidrinho. Aquilo eu não gostava não (ênfase). Mas de levar, ajudar a enfermeira a levar o tabuleiro com os vidrinhos e eu com a caneca d'água, e dando a cada uma, eu gostava (...)." (G. V.S., p. 21, 9)

Outro informante, também de Barbacena, fez um relato que, de certa forma, assemelha-se ao que foi descrito em relação ao que ocorria no Juqueri, sugerindo o quanto a preparação informal também contribuía para que se estabelecesse uma hierarquização entre os funcionários, que possibilitava aos psiquiatras identificarem os trabalhadores supostamente mais aptos e que teriam maior facilidade para aprender e executar os procedimentos técnicos:

"Eu, aqui dentro do Hospital-Colônia, eu aprendi com os mais antigos mesmo, não é. A cuidar do... Naqueles tempos, tinha muito paciente. Então, eu, primeiro, quase me perdi no meio de tanta gente, tudo doente. Outros bons, que ajudavam, não é? Mas tinha uns muito diferentes mesmo, não é? Então, a gente pegava um serviço com o mais antigo e aprimorava, de acordo com a capacidade e inteligência da gente, quer dizer, você aprendia uma maneira de fazer, mas o caminho era outro, não é? Então, aí, eu aprendi mais com o médico. Foi no hospital de clínica. Por exemplo, TFR, essa coisa aí, avaliar conduta do paciente, se melhora ou piora, para estar informando no prontuário, não é. Isto a gente já fazia, porque as irmãs da Santa Casa, por exemplo, já eram até formadas em auxiliar de enfermagem. Porque elas vinham de fora, não é, vinham formadas. E elas passavam com a gente, aqui, a técnica, mais ou menos, porque então (pausa) (...) Então, aprende mais no hospital de clínica. Na psiquiatria a gente não aprendeu muito, a gente copiou só, foi copiando, não é, de acordo com o caso. (...) Sai da cozinha, depois passei para dentro do pavilhão para cuidar dos pacientes em regime de plantão, não é. Aí, já estava um pouco mais adiantado na escola, tudo, fazia a admissão de paciente, transferência, contagem... Depois, cuidava assim dos pacientes que estavam mais doentes clinicamente, para entregar para o médico, não é? Fazia curativo naqueles que tinham feridas e zelava ali do Pavilhão, não é? Limpeza, orientava os pacientes melhores. Porque não tinha muito empregado naquele tempo." (Aux.Enf.C.P., p.4)

Também no Hospital Juliano Moreira dos anos 40, em função da falta de mecanismos formais de preparação, a aprendizagem era obtida no interior do processo de trabalho com os próprios colegas:

"Ela aprendeu com as próprias colegas, a chefe de pavilhão, as colegas. Naquele tempo, quando minha mãe entrou, era tempo de freiras, como as meninas devem ter dito. Era tempo de freira; não tinha aquele monte de enfermeiras não. Quando eu cheguei, só havia uma e era da sala de enfermagem. Agora, cada pavilhão tinha uma responsável; era uma colega. Depois foram chegando as enfermeiras." (Aux.Enf.A. A.R., p 6)

Neste preparo, obtido no interior do processo de trabalho e realizado pelo próprio pessoal de enfermagem que já se encontrava na instituição - mediante a transmissão oral de conhecimentos adquiridos na prática diária, sem qualquer sistematização - tinha-se como conteúdo principal o atendimento das necessidades de higiene e alimentação; as técnicas para administração de medicamentos; e as formas de se defender das possíveis manifestações agressivas dos pacientes. Transmitem-se assim os conhecimentos que eram suficientes - e não mais que isso - para a manutenção da sobrevivência física dos internados e para o exercício da vigilância e do controle da disciplina no interior do espaço asilar.

Neste contexto, vê-se que a inexistência de quaisquer mecanismos estruturados de preparação foi percebida por uma das entrevistadas como um resultado da expectativa que se tinha em relação ao trabalho da enfermagem no Hospital-Colônia de Barbacena, no início dos anos 50:

"(...) Porque, naquela época que eu comecei a trabalhar aqui eles não me exigiam muitos estudos não, sabe, queriam mais era físico, porque eram muitos pacientes, muito agressivos. Então era a maneira que você tinha de trabalhar. Mas a gente não podia ser agressivo, também, com o paciente. A gente tem que lhe dar...o meu modo, estou te contando, assim, como eu trabalhava, sabe... como se fosse criança. Também eu achei assim, sabe. Chegava a hora, eles me respeitavam muito, sabe, mas chegava a hora de tratar eles com mais energia, então eu falava e eles me obedeciam. Então era aquela turminha gostosa, sabe. Eu sentia bem assim no meio deles, aquela coisa toda." (Atend.Enf.E.S., p. 1)

Nota-se que, mesmo nos hospitais em que não existiam processos sistematizados de preparação do pessoal de enfermagem, havia uma assimilação dos princípios do tratamento moral: o uso da persuasão e da força física, quando aquela não fosse suficientemente eficaz

para obter a obediência dos asilados; a infantilização dos mesmos. Neste sentido, desprovidos de outros instrumentos para que pudessem realizar seu trabalho, eles terminavam por mobilizar certos recursos para lidar com as situações cotidianas, originários da visão hegemônica no interior do espaço asilar e na sociedade vigente sobre a doença, o doente mental e as formas de tratá-lo.

Ainda que não tenham consciência da autoria e do lugar de produção de tal discurso, os próprios sujeitos da prática de enfermagem do final dos anos 50 reproduzem a concepção dos alienistas sobre as características que um enfermeiro de doentes mentais deveria possuir:

"E nessa, o atendente de psiquiatria, até hoje, mesmo ele sendo formado, se não for caridoso, ele não trabalha bem, não é? Porque cuidar de pessoas que estão muito desorientadas, que a família não quer, a família não considera, não reconhece a doença. E eles não têm a paciência que o empregado precisa ter, porque o empregado precisa do trabalho e ele só consegue trabalhar se ele tiver caridade, senão ele mata o paciente, não é, para ficar livre dele (...), mas o empregado, o funcionário da psiquiatria, ele quer que o paciente viva, para dar trabalho para ele, ao contrário da família. (...) Eu fiz um estágio para enfermagem geral na Santa Casa. Aquele tempo também...sim, já tinha curso de enfermagem na cidade, mas os hospitais não se ligavam muito em quem era formado. Se ligavam mais a quem estava disposto a trabalhar, em obedecer, em apreender dentro do próprio serviço. Então, eu fiz um estágio na Santa Casa de 6 meses. Apendi, fui por... Não tinha vaga na Santa Casa, eu fui trabalhar na Policlínica, não é? Na maternidade... Por lá fiquei mais uns 6 meses. Ai também peguei muita capacidade para agir na própria enfermaria do Hospital Colônia, não é? Mas, de maneira que, a gente não era formado, mas parece que se interessava muito com as coisas do paciente, não é? Então, parece que era mais preocupado e visava o médico, brigava com o médico, que o doente estava passando mal. E, apesar de não ser formado, também sabia se defender, não é, dentro do trabalho, a questão das doenças contagiosas e tudo, não é? Que geralmente, a gente aprendia com o pessoal mais antigo, não é, enfermeiros mais antigos, que sabiam se defender e ensinavam, que eles aprendiam também com os médicos. Porque quem era o professor de enfermagem era o próprio médico, porque, o médico, ele ensinava, chamava para ajudar numa anestesia, nas vezes em que não tinha anestesista. E o médico, ele ensinava a ética, não é? E como se fazia para correr tudo bem, não é? não prejudicar nem o paciente nem o trabalhador, não é. Era assim que se fazia. Agora, depois foi surgindo escolas, não é, diplomas... Então, foi modificando." (Aux.Enf.C.P., p. 3, 4) (grifo nosso)

Com algumas variações, a concepção deste informante de Barbacena sobre as características necessárias à prática da enfermagem nas instituições psiquiátricas é reiterada por outros entrevistados que, como ele, não foram submetidos a quaisquer processos sistematizados de preparação:

"Então, eu sempre procurei assim, como se diz, pela minha formação também, eu sempre procurei respeitar, porque eu não podia ser... como muitas colegas diziam: 'Ah, eu amo o paciente'. Conversa. Ninguém ama ninguém. O que a gente tem de essencial, o que é privilegiado é o respeito à pessoa humana (ênfase). Então, eu tinha aquele respeito. Precisava, tinha o respeito. Então, eu tinha que tratar bem. O meu tratar bem vinha do meu respeito e da minha formação. Porque, eu sempre dizia: 'Amanhã, eu posso estar neste lugar.' Porque não adianta a gente ser bonita, ser moça, ter saúde, para que a doença não chegue. Porque a doença, como se diz, Jesus quando fez, ele nivelou todo mundo. Ele botou todo mundo na horizontal. Então, todos nós, não estamos livres de nada. Então, eu tinha o meu princípio religioso. E demais. Se eu tenho a minha família católica, tenho respeito pelo meu semelhante, mesmo que aquilo me conviesse, desse como for, nunca gostei de 'coisa'. Também, a gente tinha as pessoas que gostavam de conversar, de conviver. E tinham outras que não cata." (Vis.San.A.R.I., p.16)

Portanto, ainda que não houvesse mecanismos formais de preparação, tais processos propiciavam a assimilação de um determinado saber sobre a doença mental e o doente mental e sobre o modo de tratá-lo, de acordo com certas concepções médicas. Ao mesmo tempo, o emprego das técnicas de distribuição do indivíduo no espaço e o controle do tempo do aprendiz, associado à vigilância hierárquica e ao uso das sanções normalizadoras facilitava a identificação dos indivíduos mais aptos a assumir determinadas tarefas e posições na hierarquia da instituição asilar.

Por outro lado, a aprendizagem tanto das habilidades técnicas necessárias à execução das tarefas, quanto das atitudes a serem adotadas no trato diário com o doente dava-se predominantemente de forma empírica, sem qualquer elaboração teórica sistematizada. Esta, por sua vez, era substituída pela observação do trabalho de outros agentes de enfermagem, também desprovidos de qualquer formação específica:

"Eu ia sempre lá (no Hospital-Colônia), quando a minha irmã trabalhava lá. Eu via como eles faziam, trabalhava com ela. Lá no Hospital- Colônia tinha... eu trabalhei com quatrocentas e tantas mulheres no (Pavilhão) Rodrigues Caldas. Você lembra, não é? (enfermeira que acompanhou a entrevistadora). Quatrocentas e tantas doentes. Eu e uma

outra colega só. Duas para quatrocentas. Cortava as unhas, dava banho (...) Quem que ensinava? Eu via as outras fazendo e aprendia"

E - Aprendia sozinha?

"Aprendia, fazia injeção na veia, fazia curativo, injeção intramuscular, tudo eu fazia (ênfase). Chegava na hora do curativo, a gente sabia, não é? Passava a mão na bandeijinha, ia no quarto daquelas pacientes que não podiam subir, lá fazia os curativos... olhava elas direitinho." (G. H.S., p. 3, 7)

Principalmente o saber sobre o doente mental e as formas de manipulá-lo eram adquiridos empiricamente no cotidiano do processo de trabalho. Nele, na maioria das vezes, os sujeitos mobilizavam seus próprios recursos para lidar com os doentes, adquirindo o preparo para cuidar de pacientes psiquiátricos.

O próximo depoimento de uma entrevistada que não recebeu formação específica para trabalhar em psiquiatria no Hospital São Pedro é um exemplo de como, no dia a dia, os funcionários aprendiam a identificar sintomas de transtornos mentais e formas de tratamento, ainda que não possuíssem preparo teórico para fazê-lo. Conforme ela conta :

"E aprendi, assim, na vivência (ênfase). E, por exemplo assim, dos casos neurológicos, não passava um, uns quantos que eu achei com tumor. Mas, eu observei. Lá na neurocirurgia que aprendi. E aqui, a convivência com eles e mais assim o que os psiquiatras me diziam, ou receitavam, ou prescreviam... Diziam quando...o quadro (era) esquizofrênico, ou maniaco, ou esquizofrênico catatônico, psicose psicogênica, psicose puerperal. Ai, tudo, mais ou menos, se via. Alcoolismo, que às vezes entravam doentes alcoolistas, tu já conhecias pela cara assim, não é? E eu dizia: 'Você bebeu?' 'Não, mas faz tempo, agora já deixei, irmã.' Digo, não. Pronto, daí entravam em delírium. Ai, eu dizia pode deixar dito que é delírio alcoólico, delírio alcoólico. E era delírio, era delírio. Não me escapava (ênfase). Porque eu via certos... assim, aqueles tremores e também aquela lucidez, aqueles tremores dela de face, não é? Então a gente via que era alcoolista. Então, às vezes, nas férias, aliás, nos feriaddões, semana santa, assim que ficava quinta, sexta, sábado e domingo sem (médico) interno, aí a gente descia atrás, não tinha médico na unidade. Mas aí, a gente já tinha a tarimba dos outros (pacientes alcoolistas), aí a medida que o doente baixava, a gente já medicava e na segunda-feira o médico vinha e já recebia qual era o diagnóstico do doente, e a pessoa já estava bem. Por que a gente tinha que fazer alguma coisa, porque não dava para ficar com aquele tumulto

(ênfase) de doentes, lá dentro. Sem medicação, tu imaginas, ficar três dias sem medicar. Ah, não. Por isso que nem os vidros não eram quebrados, nem os vidros quebravam. Agora que colocaram grades nas portas e nas janelas." (Ir. P.C., p.20)

Vê-se que, nestes casos, a identificação de sintomas apresentados pelos doentes mentais e a forma de tratá-los derivava basicamente de uma observação cotidiana, extraída de uma transmissão oral de informações dadas pelos médicos no próprio processo de trabalho. Ainda que obtidos de forma assistemática, estes mecanismos de apreensão de um saber e de uma técnica psiquiátrica eram o que possibilitava ao pessoal de enfermagem lidar com situações que emergiam no cotidiano do trabalho junto aos doentes mentais.

Na continuidade deste depoimento, a entrevistada fornece mais elementos para se compreender de que modo este conhecimento empírico construía-se a partir da prática diária no trato com os doentes mentais. Como se vê a seguir:

"Vivendo assim, todo o dia junto, a gente vê que nem todos os casos tem...Hoje eles apresentam um sintoma, outro dia apresentam outros. Então, a gente vê. E, por exemplo, tinham casos que o laudo vinha, na conduta, declarando que ela era epilética. Dizia: 'Não, mas como? Ela não tem crise, não tem nada, como o senhor (o médico) acha que ela é epilética?' 'Ela é epilética por isso...' (respondiam). E também, era muito detectado quando a gente fazia o eletrochoque. Quando a doente é epilética, ela custa para desencadear a crise, faz aquele (reproduz o som). Demora, passa um tempo. Quando não é epilética, fica aquele, poc. É, vem logo a crise. E quando é epilética não, a crise vem comprida (ênfase), que tu achas que não termina mais. A paciente chega a ficar cianosada, que parece que não volta mais. É a crise convulsiva. Tu tens visto crises convulsivas, não é? Crises epiléticas. Então tem umas assim. E, às vezes, podia acontecer também. Desencadeia a crise e, até elas terminarem a crise do ECT, depois vem a crise deias. Que tu sabes, quando elas ficam tensas, em esforço, diminui a irrigação de sangue no cérebro e, aí, aparece mais a crise convulsiva do que quando em descanso, no repouso. Aí, eu logo dizia: 'Olha, doutor, esta doente não vai resolver ECT para ela, porque é epilética.' De fato, a gente mandava fazer encéfalo (eletroencefalograma), tranquilo. Era total. Observava-se a conduta dela e a reação ao ECT. No eletrochoque, quando tem aquela crise espichada, comprida se sabia que era epilética. Não adianta fazer ECT. Pode entrar com...Aí, eles entravam logo com fenobarbital, epelin, e aí melhorava." (Ir. P.C., p.18)

"A gente fazia tudo na prática, ia observando...(Por exemplo:) Conhece a insulina? A insulina é o seguinte: começa, de início com pouca dosagem...hoje não se usa mais, mas no meu tempo...E fui vendo eles fazerem e fui praticando, praticando...E dá o estado de coma, não é? É dosagem mínima não é? Dali, vinha acrescentando e tal. Até que vem. Vem o abalo muscular, tá? Não. Primeiro vem a sudorese; sua bastante e tal...depois vem o abalo muscular. Depois vem a pré-coma, depois vem a coma profunda, tá? Ai, a gente precisa pegar, aplicar bastante glicose. Dava um leite com açúcar; bem adoçado...Para ele voltar. Ai, o doente se refazia e daí ele voltava de novo, não é?" (Atend.Enf. G.T., p.11)

Desta forma, a observação e a realização sucessiva de determinados procedimentos técnicos propiciava ao pessoal de enfermagem sem preparo formal específico em psiquiatria a elaboração de um conhecimento a respeito da doença mental e do comportamento dos doentes, assim como de seus tratamentos na época. Construído a partir do senso comum, no qual a própria pessoa articulava dados que extraía da observação de um certo número de pacientes às informações que obtinha no contato com os profissionais médicos, era este aparente saber que os instrumentalizava para cuidar de pessoas com transtornos psiquiátricos.

Além disso, a possibilidade de exercer o cuidado ao doente independentemente da existência de uma formação específica gerava uma valorização da prática empírica, e uma certa desvalorização dos mecanismos formais de transmissão do saber sistematizado, como se depreende dos comentários reproduzidos a seguir :

"Nunca estudei psicanálise, nunca estudei psiquiatria. E os médicos achavam que eu tinha, assim, uma visão maravilhosa, que eu devia estudar. Eles me ofereceram até os livros, eles...Mas eu não podia perder um dia de cuidar dos doentes, entendeu? Eu achava que...Também a minha superiora queria me permitir estudar. Mas eu dizia: 'Meu Deus, tem tanto doente para cuidar, para dar comida na boca, para...Mas como eu vou perder um dia para estudar? Porque é isso que eu vou ter que fazer com eles, para quê eu vou estudar mais', não é? Olha, o que valeu foi que eu fiz meu estágio em neurocirurgia, quando eu fiz o auxiliar de enfermagem e, depois, aqui, por exemplo, como eu entrei 'nua e crua' (sic), eu fiquei observando esses doentes. Por exemplo, tinha uma doente, naquela época o Mário Martins era um bom professor, e um dia eu peguei uma doente, uma doente assim, parada, a gente dizia vem para cá, não vem, vai para lá, não vai. Ai, um dia, como eu não conhecia nada, eu peguei e disse: 'Olha doutor, essa doente, eu não sei o que ela tem, eu puxo, ela não vem, eu solto, ela não vai, fica meio assim. Ele me

disse: 'A melhor informação que a senhora me deu da doente, essa doente é uma epilética.' Até então, eu nem sabia o que era epilepsia, não conhecia nada de nada. Fui conhecendo tudo assim, na prática. Depois os médicos, tanto assim que tinha aulas, eu nunca assisti uma aula. Eu queria ter assistido umas aulas do Prof. Fagundes, a senhora o conhece? Ele dava umas aulas maravilhosas. Eu nunca assisti uma aula para não perder tempo para cuidar dos doentes, porque se eu ia assistir aula, às vezes o doente iria ficar abandonado. Aliás, não abandonado, mas eu ia deixar de cuidar de uma doente (...). Eu sei porque a gente acompanhava os casos. Eu mesma, às vezes, levava os pacientes, porque os médicos lá queriam saber sobre o histórico do paciente e porque a gente tinha chegado a uma conclusão ou ver que aquele caso era um caso neurológico. Ai a gente dizia que: 'Fiquei observando, era uma pessoa agitada, falante, depois começou a se amortecer, assim, sozinha, então eu achei que não era normal e chamei o neurologista'. Porque eu gosto muito de neurologia. Fiz estágio, quando era auxiliar de enfermagem, em neurologia. Então, eu tinha adquirido umas observações muito boas, que eu tinha aprendido e que me serviram aqui na psiquiatria. Então era assim." (Ir. P.C., p. 7)

"E Dr. Guerreiro me ensinava tudo e eu sabia. Ele chamava um paciente e me perguntava assim: 'M., qual é o biótipo desta paciente?' Eu dizia; se ele era pícnico, se era leptó (leptossômico), se era displásica, se era... Tudo eu sabia. Ele me chamava assim de graça. E eu sabia e também guardava, e você vendo, vivendo o dia- a -dia... Ai, ele perguntava: 'M., aprendeu psiquiatria?' E eu respondia : aprendi na escola da vida. 'E onde foi a escola da vida?' 'No Juliano; vivendo, fazendo, lendo muita coisa.' Porque a gente precisa também ler. Igual uma pessoa leiga, burra, pode aprender a fazer qualquer coisa, mas não tem noção, não é isso? E eu fazia tudo aquilo numa boa. Tinha prazer (ênfase). Nem era por dinheiro. Parecia que era a minha casa, que o paciente era filho meu. Coisa que hoje não existe. (Naquela época) os meninos (internos de medicina) me chamavam, eu chegava, olhava assim, eles diziam: 'M., o que é que você acha? Você acha que é?' Eu dizia: 'Acho. Pode internar. Interna que esse é doido de pai e mãe. Ai ele internava. Quando chegava lá, que tinha conversado com o professor, ele dizia: 'M., bem que você disse.' Sabia tudo; se tivesse um coma insulínico eu sabia, se tivesse um coma diabético eu sabia; se era puerperal. Eu sabia tudo. Por isso eu digo a você: psiquiatria não se aprende na faculdade não; é você, tendo sua teoria e a prática do dia a dia, porque se você quiser sair uma boa enfermeira psiquiátrica... não tem outro jeito." (Atend. Enf. M.G., p.2-3)

Verifica-se que a visão acima exposta não é nada incompatível com o que os psiquiatras pensavam com relação às características que deveriam possuir os "bons enfermeiros de psicopatas", como diziam Juliano Moreira, Porto Carrero, Jacintho Godoy e Pacheco e Silva.

Essa valorização da experiência prática, que para ser atingida requeria um determinado esforço individual do enfermeiro, necessário à maximização das ditas "aptidões inatas" que ele deveria possuir, em detrimento do saber acadêmico, contribuía para a socialização de uma concepção de que o trabalho em si constituía a principal fonte de produção do saber.

Talvez isso explique porquê vários entrevistados afirmam inicialmente não ter recebido preparo para trabalhar em psiquiatria - dizendo que o obtiveram sozinhos - e o reduzido espaço ocupado pela descrição dos processos de preparação nos depoimentos deste grupo de informantes, se comparados aos relatos de informantes que receberam uma formação específica nos estabelecimentos psiquiátricos em que esta foi implementada.

Entende-se que isto possa ter ocorrido por dois motivos. O primeiro, pelo fato de o aprendizado ter sido realizado de forma tão carente de sistematização e tão distante das modalidades tradicionais de ensino formal que os entrevistados não o reconhecem como uma forma de preparação. O segundo, pelo fato de que boa parte do conteúdo do aprendizado estava tão relacionada à realização de tarefas consideradas domésticas - como, por exemplo, a limpeza dos pavilhões, os cuidados de higiene e alimentação - que os indivíduos não o reconheciam como um saber que necessitasse ser socializado através de mecanismos formais.

Estas impressões dos entrevistados - se é que se pode chamá-las assim - não são, entretanto, infundadas. Observa-se que, realmente, a falta de uma preparação formal para atuar em psiquiatria estava relacionada às características atribuídas à assistência de enfermagem naquelas instituições (que se reduzia à vigilância e ao atendimento das necessidades de alimentação e higiene dos internados, além da administração de medicamentos). Estas, aparentemente, não exigiriam um trabalhador que possuísse uma maior qualificação para executá-las.

Tanto é que, de acordo com o que aparece em diversos depoimentos ao longo do presente estudo, todas estas instituições recorreram à utilização da força de trabalho dos próprios pacientes para suprir a carência de pessoal de enfermagem, sobretudo nos

momentos em que decrescia a proporção de pessoal de enfermagem em relação ao número de doentes internados. Veja-se alguns exemplos neste sentido.

Questionado sobre as características do pessoal de enfermagem e sobre os mecanismos empregados em sua preparação, um dos entrevistados de Barbacena conta que:

"Olha, havia uma parte que eram doentes recuperados, que passavam ao que eles chamavam de guardas. E depois, estes guardas aprendiam a fazer injeções, aprendiam a dar medicamentos, fazer curativos... Eram depois, se eles tinham já um período grande, sem problema mental nenhum, eles eram nomeados. Nomeados guardas. E depois passavam a exercer a função de verdadeiros enfermeiros. Porque era, havia, assim, uma grande dificuldade de arranjar enfermeiros. Depois, o próprio Hospital, o Hospital nomeou, procurava trazer enfermeiros formados. Mas, as Casas de Saúde particulares pagavam melhor, você entende? Então, era uma dificuldade para o Hospital ter enfermeiros formados. Ai, ele fazia cursos de reciclagem com os guardas, mandava alguns de seus funcionários, que passavam no concurso interno, para fazer curso de enfermagem fora. Alguns fizeram, um número razoável. Depois, contratou-se, também, um bom número de enfermeiras formadas. Nós tivemos uma enfermeira excelente aqui, Terezinha Coutinho, que fundou... até eu fui, porque eu não sou psiquiatra, eu sou cirurgião, eu fui o médico que inaugurou a Enfermaria de Cirurgia do Hospital-Colônia. Depois, a Terezinha foi para Juiz de Fora, mas o Serviço continuou funcionando (...) " (...) E, com isso, o Hospital foi acumulando uma quantidade enorme de doentes e chegou a ter, uma época realmente muito triste, chegou a ter trinta e um óbitos num dia. Cinco mil e seletos doentes, quer dizer, uma cidade dentro de outra cidade, não é? E o número de funcionários não crescia proporcionalmente. Tinham enfermeiros, não é? Depois eles procuraram melhorar o nível, mas um enfermeiro para cuidar de um Pavilhão com duzentos doentes? Então, aproveitava-se os doentes que estavam melhor de saúde, que já tinham recuperado a razão, ou senão aqueles, porque se internava muito por alcoolismo, aqueles que já tinham desintoxicado, eles eram aproveitados em serviços internos, sabe?" (Dr. E. C., p. 7)

Outra entrevistada que trabalhava no Hospital Juliano Moreira relatou o seguinte:

"Cada paciente, de acordo com a sua formação, tinha um serviço. Tinha doente que ajudava na secretaria, tinha doente que ajudava na sala de costura, na cozinha, na lavanderia. Tinha até um doente que ajudava o Dr. Raimundo (Rocha). Ele até era irmão de um..., mas era um homem muito simpático. Eu me esqueço o nome dele. Quando dava,

ele lá para a diretoria e ajudava o Dr. Raimundo. Porque ele era um rapaz formado, muito preparado mesmo. (...) (No tempo do Dr. Camargo), tinha uma folha (de pagamentos) dos pacientes que trabalhavam. Eles assinavam e ganhavam um dinheiro."

E- Eles recebiam remuneração?

"Recebiam. Com essa verba (que vinha do Departamento Nacional de Doenças Mentais). Depois foi tirada. Até o Dr. Raimundo ainda teve. Depois o (governo) federal tirou essa verba." (Vis. San. A.R.F., p. 21)

Ao contrário do que ocorria até então, verifica-se que na passagem para os anos 60, com a introdução de um maior número de enfermeiras nos hospitais psiquiátricos, algumas iniciativas foram adotadas no sentido de qualificar o pessoal de enfermagem de nível de escolaridade elementar que atuava nas instituições de São Paulo e Salvador, enquanto em Barbacena isto só ocorreria na segunda metade dos anos 70.

Como mostram os depoimentos abaixo, as enfermeiras do Hospital Juliano Moreira organizaram um treinamento para preparar o pessoal de enfermagem sem formação específica que ingressava naquele estabelecimento no final dos anos 50. Por isso, o pessoal de enfermagem que ingressou neste período refere-se a ele como um curso, que dá a impressão de que se tratava de um preparo formal, quando na verdade, segundo suas autoras, o que ocorreu foi um treinamento mais sistematizado:

"O curso era de seis meses, não é? A prática, a teórica, depois fui nomeada."

E - E o que vocês aprendiam no curso?

"Aprendi tudo, não é? Sobre psiquiatria. (...) E tinha também aquele tratamento de choque. Eu apliquei porque uma médica estava junto comigo. Ela sentava junto e mandava eu aplicar. Depois ela anotava."

E- Como a sra. aprendeu a fazer?

"Iam me ensinando, a médica mesmo, não é?"

E- A sra. lembra o que ela lhe ensinava, o que lhe dizia?

"Não, era só aplicar o choque. Mas não dava muito, não é? E, às vezes, eles gostavam e a gente dava de novo. Era só aquele toquezinho, não é? E pronto."

E - E o que mais era ensinado no curso ?

"Era tudo, não é? Clínica, também. Quem dava eram as enfermeiras. Ensinavam a fazer cama, dar banho, tudo..."

E- E as atividades da enfermagem, como a sra. aprendeu?

"Foi dona Nadir, tinha dona C.O., ela hoje trabalha no Hospital das Clínicas. Maria Arlete. Enfermagem tinha a dona Carmem, deixa eu ver...mas foi mais a dona Ivani Casé. Ela trabalhava no Manuel Tourinho, agora está aposentada."

E- E a sra acha que elas tiveram alguma influência na sua formação?

"Ela ensinou bem, não é? E eu também aprendi muitas coisas. Depois, de lá, fomos para as aulas práticas, no pavilhão. Aprendi a fazer cama, aquela coisa toda : cama de acamado, de operado, tudo isso. Tive as aulas práticas e as teóricas. Depois eu fui nomeada, porque todo mundo é distribuído pelos pavilhões, não é? Eu trabalhei doze anos em enfermagem, o restante eu trabalhei no eletroencefalograma." (Aux.Enf. C.C., p.3)

"Teve um curso, quando nós entramos. Teve um curso, mas fazia o curso e começava logo a trabalhar. Dava plantão de 24 horas e folgava 24, tomando o curso. Nós fizemos seis meses de curso. Eu mesma fiquei trabalhando dois anos sem ganhar. Dava plantão e não ganhava nada. Daí, eu procurei um pistolão e fui nomeada."

E quem é que ensinava vocês a trabalhar?

"O curso era de enfermeiras. A gente tinha aulas teóricas e aulas práticas, com as enfermeiras daqui do hospital mesmo. Tinham muitas.(...)Porque naquela época (final dos anos 40), época de minha mãe, não tinha curso, não tinha nada, não é? Entrava sem saber nada, lá aprendia. Minha mãe, quando entrou, não sabia nada e lá aprendeu. Agora, no meu tempo já foi concurso. Mas mesmo assim entrou muita gente sem saber nada. Com pistolão, não é? Então, sem saber nada. Ficou e aprendeu lá dentro. " (Aux.Enf.A.A.R., p.6)

No mesmo período, o pessoal de nível elementar frequentava também um ciclo de palestras, organizadas pelos psiquiatras que atuavam no setor de terapia ocupacional, dirigidas aos auxiliares de enfermagem e aos chamados auxiliares de ocupação terapêutica - função criada em 1959 - com o intuito de facilitar-lhes a compreensão de abordagens

terapêuticas que nesta época eram empregadas na instituição. Algumas destas palestras foram publicadas inclusive no Boletim do Hospital Juliano Moreira (Branco, A.C., Nery, G.C., Costa, L., 1960).

Enquanto isso, em 1959, entrava em funcionamento a Escola de Auxiliares de Enfermagem do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, no Hospital do Juqueri, cuja criação havia sido proposta sete anos antes, através da Lei nº. 2037, de 24 de dezembro de 1952 (Galante, 1963). Conforme conta um de seus ex-professores:

"Houve duas fases bem claras; uma antes da Escola de Enfermagem (da USP) e outra depois. Eu acho que peguei um pouquinho da época sem escola. Se não me engano, foi sim, porque eu fui professor da primeira fase. Eu dava fisiologia para o pessoal de enfermagem, para auxiliares de enfermagem. E mais tarde, foi criada a escola de auxiliares. A diretora do meu tempo era D. Virginia. Foi ótima diretora, desenvolveu bastante a escola. A orientação dela foi bastante produtiva. Eu trabalhei bastante, fazendo muita palestra. Na primeira fase, antes da escola, os enfermeiros vinham alguns até do tempo de Franco da Rocha. Eram homens treinados na prática da vida diária, mas desempenhavam a contento as atividades." (Dr. P. F. p.13)

O processo de constituição desta escola foi relatado pela enfermeira que a organizou da seguinte forma:

"O Dr. Malta Santos pretendeu instalar uma escola de auxiliares de enfermagem em Franco da Rocha e, conhecedor do meu trabalho, ele me localizou e me convidou para ir lá para Franco da Rocha. Lá o objetivo foi, realmente, instalar a escola de auxiliares de enfermagem. (...) Eu tinha interesse de trabalhar dentro de um hospital psiquiátrico, porque, quando eu fiz o curso de enfermagem eu fiquei muito sensibilizada com a situação do doente mental. Então, fomos para Franco da Rocha para fundar a escola. E lá já existiam três enfermeiras: Teresa Sena, Raimunda Assunção dos Santos e Vera Silva. A Teresa...O Dr. Nilton Tavares havia tomado já algumas iniciativas para que a enfermagem psiquiátrica recebesse novos rumos lá em Franco da Rocha. Ele era diretor na época. Então ele tinha entrado em contato com o chamado Ponto Quatro, no Brasil, que era um serviço de assistência à saúde, conveniado com os Estados Unidos, e eles davam enfermeiras para orientação. O Dr. Nilton havia conseguido a vinda de uma enfermeira, chamada Miss Fraser, e ela estava orientando a Teresa Sena, que tinha sido admitida para ser a chefe do serviço de enfermagem. Foi dada uma bolsa de estudos para

Teresa e ela foi para a América do Norte. Enquanto ela estava lá, aconteceu a minha admissão. Então eu fui para ajudar a orientar os funcionários no sentido de dar uma enfermagem mais humana e prepará-los também para o curso. Porque na época era permitido que o funcionário tivesse o curso primário prestasse um concurso e se conseguisse satisfazer o programa, ele poderia fazer o curso de auxiliar de enfermagem. E isso eu fiz lá. Os nossos primeiros auxiliares, todos, foram preparados na área básica por nós. E começamos a lutar para o preparo do regimento, para conseguirmos a portaria de funcionamento, para conseguirmos o registro da escola...E por estas razões, eu fui diversas vezes à Brasília, para conseguir o registro. Na época, também ao Rio para conseguir a portaria de funcionamento. Depois mudou para Brasília. Em 1958, nós conseguimos a portaria de funcionamento e registro posterior e então matriculamos a primeira turma. Com 20 pessoas, todos funcionários do hospital (ênfase). A maior parte, depois de formados, ficou no hospital, porque já eram funcionários efetivos. Não havia interesse em deixar o hospital. Mas, mais tarde saiu muita gente porque eles não eram admitidos, em seguida, como auxiliares. Ficavam como atendentes; e havia muito descontentamento neste aspecto." (Enfa. V.G., p.6)

Por outro lado, em Porto Alegre, após o fechamento da Escola Profissional de Enfermagem, o pessoal de enfermagem de nível elementar do Hospital São Pedro deixou de receber qualquer tipo de preparo formal para atuar no campo da assistência psiquiátrica, tendo o mesmo ocorrido nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro até os anos 60.

Deste modo, observa-se que, a partir dos anos 50, a preparação do pessoal de enfermagem para trabalhar nas instituições psiquiátricas seguiu duas lógicas distintas. Ao lado de um saber, adquirido empiricamente, através da observação cotidiana e de uma experimentação assistemática, e transmitido oralmente, sem um grau maior de elaboração, emerge outro saber, elaborado, sistematizado e baseado em princípios científicos, exercido privativamente pelos médicos e pelos enfermeiros que tinham acesso a educação superior.

Ao final deste tópico já é possível tecer algumas considerações sobre os processos informais de preparação para o trabalho em enfermagem empreendido nas instituições psiquiátricas públicas do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Barbacena e Salvador. Pôde-se verificar que tais processos dirigiram-se fundamentalmente ao treinamento do pessoal de enfermagem com nível de escolaridade elementar empregado nas instituições psiquiátricas públicas. Esta modalidade de preparação caracterizava-se por ser desenvolvida no próprio processo de trabalho, no qual os psiquiatras e os agentes de enfermagem que já

trabalhavam na instituição transmitiam aos novatos uma determinada visão sobre o doente mental e as formas de tratá-lo e sobre as normas que regiam o cotidiano asilar. Às vezes, a aquisição do saber sobre a doença mental, o doente e o modo de cuidá-lo era adquirida empiricamente, a partir da observação cotidiana do comportamento dos doentes e das ações praticadas pelos demais agentes (principalmente pelos médicos) que atuavam no espaço asilar.

No âmbito deste trabalho, é difícil determinar os motivos que levaram os dirigentes das instituições psiquiátricas a dispensar concretamente o preparo formal. Poder-se-ia atribuir tal situação ao contexto histórico e considerar que questões políticas regionais não forneceram o suporte necessário para a implantação das escolas de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos de São Paulo, Salvador e Barbacena.

Também a falta de interesse dos dirigentes em adotá-las pode ter contribuído para que o preparo informal fosse a modalidade empregada nestes hospitais. Tal desinteresse pela implementação de mecanismos formais de preparação de pessoal de enfermagem no período de 20 a 50 provavelmente esteve relacionado com o papel de exclusão social atribuído àquelas instituições, do qual decorria a visão de que não se necessitava de pessoal de enfermagem devidamente qualificado para realizar o cuidado ao doente mental num contexto em que as atividades de enfermagem deveriam limitar-se à vigilância dos internados e ao atendimento de algumas necessidades básicas, como por exemplo a higiene e a alimentação. Segundo tal visão, para executar aquelas atividades os trabalhadores de enfermagem precisavam dispor apenas de determinadas características físicas e morais, sendo que as últimas poderiam ser forjadas no próprio processo de trabalho, mediante o emprego de técnicas disciplinares.

Além disso, não se pode descartar que a falta de interesse pela implementação de processos formais de preparação podia estar relacionada também ao fato de que quanto menos qualificados fossem os agentes de enfermagem, menor seria a possibilidade de se contraporem às ordens médicas, pois não possuíam um saber legitimado socialmente através de mecanismos formais. Assim, dificilmente eles questionariam o poder dos psiquiatras, pois como já foi dito antes neste capítulo saber e poder estavam extremamente imbricados no interior destes dispositivos disciplinares, que eram as instituições psiquiátricas.

Como foi discutido, também nos processos informais foram empregadas as técnicas disciplinares examinadas na exposição dos processos formais de preparação de pessoal de enfermagem para trabalhar em psiquiatria. Viu-se que o emprego destes mecanismos

disciplinares no treinamento realizado no próprio processo de trabalho também contribuiu para que o pessoal de enfermagem adquirisse a visão de doente e doença mental veiculada pela psiquiatria, assim como assimilasse determinadas técnicas de abordagem do doente mental oriundas do tratamento moral.

Um último aspecto a ser assinalado é a importância que estes processos de preparação informal tiveram na construção de uma visão veiculada pelo pessoal de enfermagem, na qual nota-se uma grande valorização da prática em detrimento do saber acadêmico possuído pelos médicos e pelas profissionais de enfermagem.

III. 3. A emergência da formação de enfermeiras para o campo da assistência psiquiátrica em alguns estados brasileiros a partir da segunda metade dos anos 40

Como já mencionou-se neste trabalho, as escolas de enfermagem ligadas aos estabelecimentos de ensino superior no Brasil só passaram a ministrar o ensino prático de enfermagem psiquiátrica a partir da segunda metade dos anos 40.

Apesar de enfermagem psiquiátrica já constar das disciplinas que compunham o currículo da Escola de Enfermagem Anna Néry nos anos 30 (Escola de Enfermeiras Anna Néry, 1931), o ensino de enfermagem psiquiátrica só tornar-se-ia obrigatório a partir da Lei nº. 775/49. Ainda assim, de 1956 a 1958, 33% das escolas de enfermagem brasileiras não ofereciam estágio nesta especialidade, alegando a precariedade dos campos de ensino existentes (Fernandes, 1982).

Os motivos relacionados a ausência das profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, do ensino prático de enfermagem psiquiátrica no Rio de Janeiro, até os anos 40, foram discutidos por Miranda (1990). A autora interpreta a exclusão do doente mental como objeto do cuidado de enfermagem no modelo nightingaleano e o "esquecimento do louco como clientela" das escolas de enfermagem filiadas àquele sistema como um produto da própria posição em que tais indivíduos foram socialmente colocados pelo discurso psiquiátrico. Para a autora, esta exclusão deve-se *"a mesma modalidade de mágica, que transforma réus em culpados: não é que ele não necessite de assistência qualificada por sua loucura. Mas sim, a sua deformação, a interioridade de uma qualidade: pelo fato de ser louco, não é necessária uma assistência qualificada."* (Miranda, 1990, p.182)

Concorda-se com Miranda (1990), quando ela atribui a ausência das enfermeiras formadas pela Escola de Enfermagem Anna Néry nas instituições psiquiátricas à assimilação deste discurso médico sobre o louco e à improbabilidade de que moças instruídas, provenientes de uma classe social mais privilegiada desejassem, ou que lhes fosse permitido, trabalhar nos hospícios nos anos 20.

No entanto, a inexistência do ensino prático na Escola Anna Néry até 1949 não significava que a psiquiatria fosse uma disciplina excluída da formação destas enfermeiras. Ao contrário, tanto ela, quanto outras matérias a ela relacionadas, faziam parte do programa do curso teórico. De acordo com o conteúdo programático apresentado no prospecto da escola, as matérias de Psicologia, com carga horária equivalente a 12 horas e Higiene

Mental, com carga horária de 15 horas eram ministradas no primeiro ano de curso; enquanto Psiquiatria e Enfermagem de Psiquiatria, com uma carga horária de 30 e 5 horas, respectivamente, eram desenvolvidas no segundo ano. Os professores responsáveis por estas matérias eram J.P. Fontenelle, pela primeira; Plínio Olinto, pela segunda e terceira; e a enfermeira Edith Fraenkel, pela última.

Pela ementa das matérias citadas, depreende-se que o conteúdo ministrado envolvia não só a transmissão de conhecimentos - sobre o "*funcionamento mental*" e os "*princípios fundamentais da natureza humana*", a etiologia das doenças mentais e o meio de preveni-las-, como também a aquisição de comportamentos- através da assimilação de conceitos que auxiliassem as alunas a "*compreender os efeitos da higiene mental sobre elas mesmas e sobre as pessoas com as quais estão em contato*", "*a fiscalizar a conduta como um sintoma e a observar e diferenciar as normalidades*"-, havendo, portanto, uma perfeita sintonia entre este ensino e o ideário propugnado pela Liga Brasileira de Higiene Mental, da qual, inclusive, os professores eram membros atuantes (Kirschbaum, 1991).

Em decorrência disso, conforme assinalou-se em outro trabalho (Kirschbaum, 1991), a Higiene Mental transformou-se num baluarte da Escola Anna Néry que "*não só ensinou, mas também incorporou em seu discurso a noção de eugenia, tratando de divulgá-la através do veículo que possuía na época, os 'Annaes de Enfermagem'*" (Kirschbaum, 1991, p. 24).

Deste modo, apesar de estarem distantes dos hospitais nos anos 20 e 30, a Escola de Enfermeiras Anna Néry e a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas - formada por ex-alunas e professoras daquela escola - mantinham-se próximas do pensamento psiquiátrico da época. Como um determinado grupo de psiquiatras, e muito provavelmente por influência destes, elas compartilharam - se não na prática, pelo menos a nível de discurso - de um projeto de moralização da vida social, através de programas de Higiene Mental que visavam a prevenção das doenças mentais. Não caberia, aqui, entrar nessa discussão, mas, diga-se de passagem, que a filiação destas instituições às propostas preventivas não se limitava ao campo da higiene mental, ao contrário, ela derivava de uma certa vocação neste sentido, gerada pela própria atuação destas profissionais, que eram formadas originalmente para trabalhar no campo da saúde pública.

Todavia, a não utilização dos hospitais psiquiátricos do Departamento de Assistência a Psicopatas como campo de estágio foi justificada por uma das primeiras docentes da Escola de Enfermagem Anna Néry pelo fato de que as enfermeiras americanas, e depois as brasileiras, não haviam encontrado em nenhum estabelecimento psiquiátrico do Rio de

Janeiro uma assistência de enfermagem realizada de forma suficientemente digna de ser observada ou compartilhada por suas alunas. Isto levou-as a dispensar o contato com o doente mental na formação das primeiras enfermeiras. Ainda segundo esta entrevistada, os estágios em enfermagem psiquiátrica só se tornaram possíveis a partir da criação da Escola de Enfermagem da USP, quando então as alunas da Anna Néry eram enviadas a São Paulo e realizavam sua formação prática no Hospital do Juqueri, sob a supervisão das docentes daquela escola.

Enquanto isso, no período compreendido entre as décadas de 30 e 40, após os cursos teóricos as alunas realizavam uma breve visita aos hospitais psiquiátricos ¹³, como relata uma informante que diplomou-se pela Escola Anna Néry em 1945:

"Meu professor de psiquiatria foi um psiquiatra, médico, Dr. Gilberto Barbosa. E como enfermeiras, na área de enfermagem psiquiátrica foi Maria José Valente. (pausa) É só. Durante o curso, no decorrer do curso, mas depois nunca mais tive contato com psiquiatria. (...) Na minha época, não se fazia estágio prático. Nos anos de 42 a 45 não se fazia estágio. Nós fizemos uma visita ao Engenho de Dentro, não é, que era hospital psiquiátrico. E, depois, uma visita que nós fizemos à Minas Gerais. Já diplomadas, nós fizemos uma viagem, dada pela Universidade, e ficou como uma viagem de observação. Fomos então ao Instituto de Psiquiatria de lá...João? Eu agora não sei o nome"

E- Raul Soares?

"É. E lá vimos...passamos uma manhã inteira vendo sessões de atendimento psiquiátrico. Foram terríveis, não é? Terrível. Engenho de Dentro foi horrível também. A gente via aqueles doentes sem, sem atendimento nenhum, andando de um lado para outro, naqueles pátios...Ou, passando, naquelas celas. A gente passando, vendo aquelas pessoas, com olhar assim vago...Ou então irritado. Às vezes, nos violentando também com palavras e tudo, não é? Foi terrível no Engenho de Dentro. E lá em Minas foi pior ainda, porque nós aproveitamos lá - que o professor tinha pedido ao professor de lá- para nós vermos uma sessão de eletrochoque, que nós não tínhamos visto ainda aqui. Acho que não tinha aqui, não sei...E ele resolveu nos levar nessa ocasião. E aí vimos. Horrível, não é? O paciente entrou numa maca; fizeram o eletrochoque. E, enquanto ele ainda estava em convulsão - tinha tanto doente fazendo eletrochoque- que ele ainda assim saiu na maca, ainda em convulsão. E se debatendo...quase quebra o braço, na passagem de uma porta. Foi horrível. Então, eu acho que foi isso também que me afastou da psiquiatria. Porque eu vi

¹³ Sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica nas escolas de enfermagem de nível superior a partir de 1949, consultar Miranda (1990).

que a enfermagem, na realidade, não estava realizando alguma coisa. E não era para o meu temperamento. Talvez alguma coisa...Mas eu acho que que isso influenciou. Em olhar o louco...o doente mental, como uma pessoa de difícil acesso ou de impossível acesso, até...Uma coisa que não tinha cura, naquela ocasião." (Enfa. C.P., p.1-2)

A partir de 1942, com a criação da Escola de Enfermagem da USP, as alunas das escolas de enfermagem então existentes, inclusive as da Anna Néry, passaram a realizar o estágio de enfermagem no Hospital do Juqueri.

Antes de prosseguir é importante dizer que tais estágios não possibilitavam uma formação específica em enfermagem psiquiátrica - fato este reiteradamente salientado nos depoimentos das enfermeiras que passaram a se dedicar à área, depois de formadas -, o que só passou a ocorrer com a criação dos cursos de especialização, organizados a partir dos anos 70.

Deste modo, nos anos 40, o Hospital do Juqueri foi o único campo de estágio utilizado pelas escolas de enfermagem de todo país, fato este já mencionado pelas informantes, de acordo com o que se expôs no capítulo 2.

Os motivos da escolha do Hospital do Juqueri são um tanto obscuros, haja visto que nos anos 40 este estabelecimento apresentava a mesma precariedade em termos de atendimento, de condições materiais, de superpopulação de pacientes, de falta de pessoal devidamente qualificado que as demais instituições psiquiátricas de Minas Gerais, da Bahia ou de São Paulo, nas quais as docentes evitavam inserir suas alunas.

As características do ensino prático de enfermagem psiquiátrica desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Hospital do Juqueri na segunda metade dos anos 40 podem ser depreendidas dos relatos fornecidos pelas enfermeiras que depois de formadas passaram a lecionar nas escolas de enfermagem ou a trabalhar em instituições psiquiátricas.

O primeiro relato foi cedido por uma ex-aluna da segunda turma de diplomadas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (1947) e por uma das primeiras docentes, que na época em que este estabelecimento foi criado ministrava a disciplina de Psicologia:

"Em nosso currículo nós tínhamos professores de psiquiatria, fizemos estágio de psiquiatria, era uma das cadeiras do curso. Psicologia sempre foi, desde o primeiro ano

estudávamos psicologia na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Olha, eu estava procurando fazer um esforço mental aqui para lembrar quem me ensinou enfermagem psiquiátrica. Não me lembro. Se Hasenjaeger nos acompanhou no estágio, mas não me lembro de uma professora, me lembro mais dos médicos, que eram os professores de psiquiatria e que nos orientavam lá. Mas nós tínhamos sempre uma acompanhante da escola. Mas eu não lembro de nenhuma com formação em psiquiátrica, no meu tempo não. " (Enfa. O.V., p.5)

"Depois que você saiu tinha uma lá. Não lembro agora o nome dela" (Enfa. M.L.V.)"

E- Elizabeth?

" Elizabeth Barcellos, Elizabeth Barcellos." (Enfa. M.L.V.)

"Ah, mas ela foi muito posterior, na minha formação não, porque eu me formei antes da Elizabeth Barcellos (ser professora). O nosso campo de estágio era o Juqueri. O que eu me lembro do Juqueri, por exemplo, era o nosso trabalho, mais de conversa com os pacientes no pátio. Era aquele pátio, nós conversávamos com os pacientes. Depois, nós tínhamos uma reunião com o médico, que era o que cuidava deste grupo de pacientes que eram delegados para nós. E nós discutíamos com eles os problemas que, o que nós tínhamos encontrado no paciente, os problemas dos pacientes. E eles nos orientavam um pouco sobre o que fazer com esses pacientes. Mas, era...os pacientes eram mais submetidos a eletrochoque, à retenção na cama...Como é que você chama? Contenção mecânica. Não me lembro que houvesse nenhuma sessão de terapia de grupo, nem de psicanálise, nada. Se havia nós não estávamos envolvidas nesse processo. Nós estávamos envolvidas no processo de conversar com os pacientes, de saber o que era uma enfermidade mental e como podia ajudar. E às vezes tínhamos contato com a família das pessoas. Eu me lembro que eu encontrei de Piracicaba alguns doentes lá. Então, fiz questão, quando fui à Piracicaba, de visitar a família deles e conversar sobre eles. Mas era uma família que não queria saber, que não queria que ninguém soubesse que tinha uma filha ou um parente no hospital psiquiátrico. De modo que a orientação, acho que foi a melhor que puderam dar naquele momento, não é, que a psiquiatria estava ainda naquele começo." (Enfa. O.V., p.6)

"Porque também no Juqueri, o paciente...eu não sei...era um amontoado de pacientes ali. Não se fazia nada, era só para ter um lugar para eles ficarem, para tirar da família. A família não queria, então empurrava eles ali no Juqueri. Não havia uma psicoterapia, não havia nada. Eu nunca vi sair alguém com alta de lá, curado." (Enfa.M.L.V.)

"Aí já não sei. Eles não davam estatísticas de lá para nós sobre este ponto. E não sei porquê, se não existia mais o Serviço de Higiene Mental em São Paulo, mas nós nunca tivemos uma experiência na parte de Higiene Mental. Não tivemos." (Enfa. O.V., p.6)

E- E como era o relacionamento com o pessoal de enfermagem do Juqueri ?

"Nunca notei hostilidade. Eu achava que era bom. Foi no nosso tempo, que estava lá, e nesse ponto a Hasenjaeger influenciou muito e Edith Fraenkel também, que se criou a Associação de Enfermeiras Diplomadas, como se chamava na época, e se reuniam sempre na Escola de Enfermagem de São Paulo e tudo. Não tinha muito problema, porque os atendentes eram mais, naquele tempo, no Juqueri, não havia nenhuma que tivesse o curso de auxiliar ou de qualquer coisa. Eram mais homens e esses homens que usavam mais da força física para conter os pacientes. Às vezes, eu me lembro de uma ocasião em que nós chegamos lá, tinha havido uma briga de pacientes, um tinha matado o outro, estavam no pátio... Quer dizer, eles eram mais vigias, vigilantes da disciplina do paciente, de levar o paciente à força para tomar eletrochoque e essas coisas. Eram guardas, eram guardas sim." (Enfa. O.V., p.6)

Em 1948, o ensino de enfermagem psiquiátrica ainda tinha um caráter livresco (muito teórico) e, segundo as informantes, não as instrumentalizava para enfrentar a realidade que encontrariam, durante os estágios, no Hospital do Juqueri. No entanto, neste período o aprendizado prático passou a ser supervisionado por uma enfermeira que, no ano seguinte foi enviada aos Estados Unidos, onde obteve o grau de "Master of Letters", em enfermagem psiquiátrica, na Universidade de Pittsburgh, sendo, portanto a primeira (e, na época, a única) profissional pós-graduada em enfermagem psiquiátrica no país ¹⁴. De acordo com o que mostram os próximos depoimentos, nota-se que Elizabeth Barcellos foi responsável pela preparação de muitas das enfermeiras que, imediatamente depois, ingressariam no campo da assistência psiquiátrica. Algumas, inclusive, tornar-se-iam docentes desta disciplina em outras escolas do país.

"Eu não recebi nenhuma formação especial para... O ensino psiquiátrico, quando eu era estudante era muito teórico. Tivemos ótimos professores, diga-se de passagem que recém-chegada à São Paulo, jovem, com uma formação religiosa bem concreta, eu fiquei... a primeira coisa que me escandalizou, foi o Professor Pacheco e Silva começando a aula de psiquiatria, dizendo: 'Cristo, esta lenda da humanidade...' quando ele terminou a frase eu

¹⁴ Devido a motivos técnicos, a gravação da entrevista com a profa. Elizabeth Barcellos não pôde ser transcrita e, por isso, utilizou-se somente as informações que, na época, haviam sido registradas no diário de campo, escrito durante a pesquisa.

tive ímpetos de me levantar e sair da sala. Não o fiz, e fiquei até o fim e não sei mais o que ele falou. E foi a única aula que ele nos deu. Um grande professor de psiquiatria alegre, simpático, sem ferir princípios de ninguém, foi o professor Carvalho Ribas. Pequeno no tamanho, mas grande no conhecimento e no seu método de transmiti-lo. Mas uma formação bem teórica. Eu vi o quanto tudo isso era teórico, quando eu fui para a prática e toda aquela linda exposição de matéria em psiquiatria foi derrubada no chão, quando, no Juqueri, diante de pavilhões e pavilhões com muitos doentes, cada qual mais (pausa) agredido, digamos, pela situação. Eu vi que a beleza das aulas teóricas pouco tinha a ver com o que eu estava presenciando nos pátios, nos pavilhões de Franco da Rocha."

E - E quanto tempo vocês ficavam lá ?

"Nós ficávamos um mês. Um mês de estágio. A gente ia todos os dias, nós tínhamos um ônibus, nós íamos com a Elisabeth. Então, a minha supervisora era a Elisabeth Barcellos, fazia o possível para dar uma orientação bem completa, mas as dificuldades eram muitas. Primeiro o tempo: a gente saía de São Paulo, até chegar em Franco da Rocha - fizemos um pouco de estágio no Pinel - até chegarmos lá o tempo já tinha sido gasto com transporte. Depois as condições locais; muitos pacientes e poucas possibilidades de dar um atendimento. Então foi um estágio, eu diria mesmo, mais para cumprir as exigências de ensino. A rigor, foi isto que aconteceu. Então a minha formação em psiquiatria se resumiu num conhecimento teórico avantajado, porque o professor era realmente um excelente professor e num conhecimento prático prejudicado porque as condições realmente eram muito pobres. Quando chegamos em Franco da Rocha, já estava lá um grupo de enfermeiras, tentando reestruturar o serviço de enfermagem naquele hospital, era um período de transição com dificuldades de toda natureza, inclusive natureza política porque até então só existia lá um grupo de... só existiam atendentes e médicos. O pessoal universitário ainda não tinha sido incluído na equipe de atendimento do hospital. No ano em que nós fomos, foram admitidos diversos universitários, tais como: terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, educador sanitário, psicólogos e os enfermeiros. Não é necessário dizer da reação local. Havia um sistema muito elástico, digamos, onde o pessoal era dono do campo e cada um fazia no seu pavilhão aquilo que a vontade permitisse. Havia um grupo muito dedicado, gente que realmente se desdobrava; havia gente que estava apenas a procura de um emprego. E tinha pessoas que, além de estar a procura de emprego, estavam também aproveitando o momento para dar vazão aos seus problemas íntimos, muitas vezes usando pacientes para isso. Então, nós

presenciamos cenas bem desagradáveis. Mas presenciamos também cenas de muito altruísmo de muita dedicação, de completo interesse pelo bem estar do paciente, mesmo sabendo que dali a pouco viria outro funcionário que iria anular tudo aquilo." (Enfa. U.G., p.8)

Na segunda metade dos anos 50, o estágio de enfermagem psiquiátrica oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo deixou de ser desenvolvido no Juqueri. Segundo uma das ex-alunas desta escola, que cursou a disciplina de enfermagem psiquiátrica no referido período, os estágios passaram a ser realizados na Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas:

"Desde que fundou a Clínica Psiquiátrica aqui nós não fomos mais para o Juqueri. Só assim em visitas, quem estivesse interessado, com curiosidade... Ai, sim. Então, desde duas turmas antes da minha já não se ia mais lá. Nem no Pinel." (Enfa.E.C.A., p.3)

A partir dos anos 50, dentre as enfermeiras que haviam realizado estágios de enfermagem psiquiátrica no Hospital do Juqueri, sob a supervisão das professoras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, algumas tornaram-se docentes da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica nas Escolas de Enfermagem existentes à época em Porto Alegre, Salvador e São Paulo.

Embora ainda não tivesse como objetivo formar profissionais especificamente para o campo da psiquiatria, a partir deste período, o ensino de enfermagem psiquiátrica apresentou algumas transformações em relação ao que o caracterizava até então. Estas transformações podem ser depreendidas dos depoimentos realizados pelas primeiras docentes destas disciplinas.

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi inaugurada em 1951. Segundo a primeira docente que assumiu a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, esta foi desenvolvida pela primeira vez em 1953. Naquele período, o Hospital Psiquiátrico São Pedro foi adotado como o único campo de estágio. A entrevistada justificou a escolha deste estabelecimento como campo de aprendizagem de Enfermagem Psiquiátrica da seguinte forma:

"(...) E nós fomos, então, lá para o São Pedro e começamos a organizar a parte de enfermagem. O São Pedro era um Juqueri em miniatura (ênfase). Nós tínhamos pouquíssimas possibilidades de fazer alguma coisa, mas se trabalhava junto com os pacientes. Eu ia junto com as alunas. Eu não queria passar a experiência que tinha tido.

(O hospital) parecia uma coisa desumana, porém era muito importante para a formação das alunas, porque se eu ia para o pátio, eu dava toda a parte teórica. Por exemplo: Esquizofrenia. Você ia para o pátio e, no pátio, de duzentas pacientes, você tinha toda a sintomatologia que você deu em aula. Você tinha ali e aí você dizia: aquilo era um 'livro vivo' de tudo que havia sido recebido em aula. Isto podia ser visto ali, porque paciente não faltava (ênfase)." (Enfa. N.M.Z., p.2)

Observa-se que, a escolha do Hospital São Pedro como campo de estágio não se deveu exclusivamente ao fato de ser o principal estabelecimento psiquiátrico público em Porto Alegre. Conforme sugere a entrevistada, inicialmente, o que justificava sua adoção como campo de aprendizagem eram as possibilidades que oferecia em termos de ensino de psicopatologia, devido à grande quantidade de internados e à variedade de quadros mórbidos, em diferentes estágios de evolução que eles apresentavam. Neste sentido, em seus primórdios, o ensino de Enfermagem Psiquiátrica desenvolvido nos anos 50, em Porto Alegre, assemelhava-se ao ensino de psiquiatria oferecido aos enfermeiros do Hospital São Pedro pelos médicos, nas décadas anteriores e ao que a docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo desenvolvia no Juqueri. Isto é, tratava-se de um ensino baseado na descrição de sintomas e na classificação das doenças. Portanto, correspondia a transmissão de um saber tipicamente médico.

Todavia, a despeito das boas relações que mantinham com outras categorias profissionais, a entrada da docente e das alunas de enfermagem da UFRGS no Hospital São Pedro encontrou resistências por parte das irmãs de caridade que trabalhavam naquele hospital. E estas, constantemente criavam dificuldades ao estágio e à atuação das enfermeiras, tal como se verifica no depoimento a seguir:

"(...) Já tínhamos algumas assistentes sociais. Então, a gente fazia uma equipe, ou seja, um embrião de uma equipe terapêutica. E nós chegamos a fazer coisas muito bonitas, inclusive nós fazíamos teatro. Isso lá por 56, até 58. Nós fazíamos teatro com as pacientes e tínhamos até palco. E nós trabalhávamos muito também com o pessoal da medicina. E fomos neste ritmo com as coisas muito tristes a bem da nossa história. O hospital era de freiras, então, elas, as freiras, achavam que as pacientes não tinham o direito de fazer coisas boas, gostosas, brincar, e que aquilo era besteira. Parecia que estavam ali mais ou menos como que para pagar pecados. Então, fazíamos uma roda no pátio para tocar acordeão, dançar, cantar aquelas músicas folclóricas, todas sabiam. E as freiras vinham, desmanchavam nossa rodinha e queriam começar a rezar o terço... Ave Maria... E todo mundo acompanhava as freiras e terminava nossa brincadeira. Inclusive tinha uma

paciente jovem, mais ou menos dezesseis anos, que eu dei como paciente para uma aluna. Eram três pacientes para cada aluna, para observar de perto, fazer um relatório e depois discutiam com a gente, no pátio. Essa paciente estava grávida e aí começamos a ensinar coisas para ela fazer para o bebê, (...). E aí, a paciente sumiu (ênfase). E nós procuramos no Hospital inteiro. Lá haviam quatro mil pacientes. Procuramos, até que a encontramos na cela. Perguntei: 'O que ela fez para estar na cela, estava agitada?' (...) E me responderam que era porque estávamos coniventes com o pecado dela. 'Mas que pecado dela?' Imagine. 'Ela está grávida e vocês estão ensinando a fazer roupas para o nenê e ele é fruto do pecado'. Pois então, tivemos que mudar a mentalidade de tudo isso. Havia muita gente boa, lá, porém também haviam coisas assim, que estavam enraizadas (...) E nós tínhamos que falar com o Diretor para tirar pacientes da cela e, no dia seguinte, muitas estavam novamente na cela. Então, foram lutas e coisas, uma atrás da outra..."
(Enfa. N.M.Z., p.2)

Vê-se que as mesmas resistências que as religiosas ofereceram à primeira Escola Profissional de Enfermagem repetiram-se quando da chegada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Além disso, este depoimento revela o conflito existente no hospital entre duas concepções de doença mental e de tratamento da mesma. A primeira, representada pelas religiosas, que percebiam a doença mental como resultado de uma falta cometida pelo paciente e que, por isto, deveria ser punido e a segunda, defendida pelas enfermeiras, que viam a loucura como entidade nosológica e que, em função disto, procuravam preservar os direitos dos pacientes e propunham formas de tratamento mais humanizadas.

Enquanto isso, o ensino de enfermagem psiquiátrica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) dava-se da seguinte forma:

"Nosso professor foi o professor Norival Sampaio, ele era assistente de psiquiatria na Faculdade de Medicina. Dr. Nelson Pires era o catedrático, naquele tempo não era titular, era o catedrático, e ele, então, como catedrático, ele era o chefe da enfermagem, então ele fazia reuniões, quer dizer, eu como enfermeira chefe da clínica, eu participava, e foi uma pessoa que me ajudou com livros e informações, quer dizer, porque eu era uma recém-formada na ocasião em que eu trabalhei. Bom, eu formei, comecei a trabalhar em 57." (Enfa. S.S., p.4)

Ao assumir a docência da disciplina, ela passou a implementar um ensino de enfermagem psiquiátrica que possuía as seguintes características:

"Eu vim para a escola (de enfermagem da UFBA), eu participei muito, eu peguei a enfermagem psiquiátrica, assim quase que nascendo. quer dizer, então, eu organizei muita coisa baseada nas coisas que eu aprendi de Tereza, mas já então com o curriculum mais diferenciado, com mais número, uma carga horária que nós conseguimos aumentar, e aí começamos a fazer esse tipo de estágio, onde a aluna tinha a parte teórica. Eu assumi a parte teórica que antes eram os professores da Faculdade de Medicina, eu já comecei a assumir toda a parte teórica, e aí eu fui indo, e dividíamos, fazíamos estágios aqui, no Hospital das Clínicas, considerando, vamos dizer, nós dávamos às alunas essa parte, considerando o ideal, quer dizer, no que a gente podia fazer de ideal. Então nós tínhamos a parte da Terapia Ocupacional, foi instalado o Hospital Dia, mas com um grupo pequeno de pacientes, e depois nós fomos para o Juliano Moreira, onde havia aquela abundância de pacientes com toda a sintomatologia que a gente quisesse, delírios.(...)" (Enfa. S.S., p.10)

E - E em que época vocês faziam estágio no Juliano?

"O tempo que nós fazíamos estágio no Juliano, havia um, hoje você tem convênio assinado, reassinado, tarará... Naquele tempo não era tão formal a coisa, nós não tínhamos um número tão grande de alunos. Então, nós entrávamos num acordo, íamos ao hospital, ao campo de estágio, onde a gente pretendia fazer o estágio, e havia uma troca de correspondência entre o departamento e evidentemente a diretoria da escola tomava conhecimento e a diretoria do Hospital das Clínicas para onde nós íamos. Com um cronograma, nós estaríamos de tal data o tal data, com número x de alunos acompanhados da professora "fulana de tal" mandávamos essa escala para esses hospitais ou clínicas, eles tinham lá no posto de enfermagem. Além desse entendimento entre as enfermeiras, de maneira que nunca o aluno de enfermagem fosse substituir o trabalho da auxiliar de enfermagem. Podia até acontecer que naquele momento fossem tiradas duas ou três auxiliares para outra clínica, para um reforço em outra clínica, já que nós estávamos ali, mas não que fosse intencional, eram retiradas porque o aluno iria trabalhar ali." (Enfa. S.S., p. 15)

Portanto, a partir da segunda metade da década de 50, o ensino de enfermagem psiquiátrica passou por algumas transformações. Por certo, manteve-se a preocupação com o ensino da nosografia psiquiátrica, embora já se esboçasse a tentativa de estabelecer um objeto de conhecimento próprio da Enfermagem Psiquiátrica.

Através da exposição do conteúdo programático da disciplina Enfermagem Psiquiátrica desenvolvido na escola da UFRGS até a segunda metade dos anos 50, o trecho seguinte permite verificar as transformações que então vinham sendo forjadas no ensino e na prática de enfermagem:

"No início, os meus conteúdos programáticos eram muito restritos à patologia. Apesar da gente começar a ver muito o doente, eu fazia muita questão de que as alunas soubessem toda a patologia psiquiátrica, todo o conteúdo psiquiátrico. E hoje, eu pergunto: 'Será que isso adiantava muito para elas?' Acredito que para a formação geral é muito importante. Hoje você fala em autismo como se fosse uma coisa tão... Mas o autismo é uma tríade da esquizofrenia. Hoje já pensam no autismo como uma patologia diferente. Portanto, o nosso conteúdo programático era muito clássico. Era assim: psicose maniaco-depressiva com fase maníaca, depressiva - paciente agitado, deprimido e todos os outros graus de depressão e agitação. Quais os cuidados que a gente tinha com o paciente agitado, depressivo, deprimido e (...). Então, a gente dava essas coisas clássicas, cuidados com epiléticos; com eletrochoque; cuidados com insulina, antes, durante e depois desta. Todas essas patologias clássicas eram ensinadas no conteúdo de enfermagem junto com o procedimento de enfermagem. Os procedimentos de enfermagem eram aqui ditos como atitudes de enfermagem. Não só a técnica que vai tirar o paciente, quando ele está na cama, deprimido, mas também a atitude que ela (a aluna) tem que ter nas diversas situações". (Enfa. N.M.Z., p.10) (grifo nosso)

Segundo o relato acima, a tentativa de construção de um objeto de conhecimento e de intervenção específico da Enfermagem Psiquiátrica materializava-se no próprio processo de ensino desta disciplina. Assim, mediante a incorporação de uma concepção dinâmica da doença mental e da relação enfermeiro-paciente, procurava-se sistematizar o ensino de enfermagem dirigida ao campo da assistência psiquiátrica.

Na continuidade de seu relato, a entrevistada expõe a metodologia de ensino utilizada nos estágios. Segundo explicou, posteriormente às aulas teóricas, a parte prática da disciplina era desenvolvida em pavilhões do Hospital Psiquiátrico do seguinte modo:

"(...) escolhíamos a aluna que iria cuidar de determinado tipo de paciente. Você tem que conhecer um pouco da aluna, porque uma aluna espivitada não tem paciência de ficar ali, junto de um paciente deprimido. Tem que ser uma pessoa mais tranquila, calma, para esperar que o deprimido abra o olho. Se ele está numa depressão aguda é muito difícil, mas se ele abrir o olho é um avanço. Mas quem é que tem paciência para isto? Tem que

ser uma aluna que tenha temperamento para isto. Nós tivemos experiências muito interessantes. Por exemplo: o paciente estava deprimido, estava há mais de uma semana sem se alimentar. Então nós fomos fazer por via naso-gástrica, passando uma sonda. Passamos ovomaltine pela sonda e esperamos que o paciente se alimentasse, que ele reagisse um pouco. E sabe que o paciente cada vez mais se aprofundava em sua depressão (ênfase). Nós chegamos à conclusão que era melhor tirar a sonda, porque ele estava ganhando o leitinho muito fácil, ele não precisava fazer movimento com a boca para mastigar. A aluna teve que ter paciência e a gente dizia para a aluna que o paciente está ouvindo, mesmo que ele não responda. Mas você tem que estimular para que ele reaja ao mundo externo. A aluna tem que ter paciência para isso (...) As alunas avaliavam os planos de saúde das pacientes, a inteligência, orientação, percepção e todas as funções intelectuais (sic) que eram passadas para as estudantes. Por isso que eu dava aquela abordagem teórica, porque na hora da alta elas faziam o levantamento (das condições) do paciente." (Enfa. N.M.Z., p.11-2)

Portanto, a partir da segunda metade dos anos 50, diferentemente do que ocorria na Escola de Enfermagem do Hospital São Pedro, onde havia uma preocupação com o aprendizado da psicopatologia e de procedimentos de enfermagem relacionados ao tratamento médico, no curso superior, uma das primeiras transformações que pode ser observada no ensino prático de Enfermagem Psiquiátrica é a mudança do enfoque da disciplina. Esta, que até então privilegiava o ensino de entidades nosográficas e de técnicas de enfermagem, passou a focar a relação enfermeiro-paciente e a trabalhar as técnicas enquanto atitudes de enfermagem.

Neste sentido, havia um aprimoramento dos instrumentos da enfermagem para compreender e avaliar o estado do paciente de um ponto de vista dinâmico, acompanhando a tendência predominante na psiquiatria praticada no Rio Grande do Sul, naquele período- a abordagem psicanalítica. Diante disso, a prática pedagógica da entrevistada modificou-se, levando-a a privilegiar a relação enfermeiro-paciente no processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, havia uma preocupação em identificar as necessidades do paciente e em selecionar o aluno que, em função de características pessoais, poderia melhor atendê-las.

Ainda sobre as metodologias empregadas nos estágios de enfermagem psiquiátrica, ela conta sobre os mecanismos que utilizava para avaliar e acompanhar cotidianamente o desenvolvimento da aprendizagem dos próprios alunos:

"(...) Mas nós tínhamos muita atenção depois do estágio. Nós não saíamos do estágio sem haver uma rodada de comentários de suas experiências (das alunas), tanto as vistas como as sentidas na parte emocional: o que sentiu, o que não sentiu naquele dia. Nós tínhamos sempre essa conversa no fim do estágio: o que elas achavam de suas pacientes. E tinha até uma folha em que elas anotavam o que viam e o que sentiam. Era o sentimento delas em relação ao comportamento dos pacientes e ficava ali registrado (ênfase). Se não fizesse por escrito, fazia oralmente. Registrava-se: eu falei, eu não falei, tive raiva, não gostei... Tudo com bastante sinceridade. E nessa hora se passava a experiência de uma para a outra." (Enfa. N.M.Z., p. 11)

Nota-se que o ensino de Enfermagem Psiquiátrica oferecido pela Escola de Enfermagem da UFRGS, a partir de meados dos anos 50, diferia da formação oferecida ao pessoal de enfermagem na Escola de Enfermagem Profissional existente até 52 naquele mesmo hospital psiquiátrico. Enquanto nesta última tinha-se um regime disciplinar bastante rígido, na primeira o ensino de enfermagem caracterizava-se por oferecer uma maior liberdade ao aluno e por metodologias de ensino que enfatizavam o auto-conhecimento por parte do estudante e práticas de enfermagem mais sistematizadas, preocupadas com uma atuação de enfermagem mais elaborada no que dizia respeito à relação enfermeiro-paciente.

Entretanto, o depoimento abaixo mostra as dificuldades enfrentadas para incorporar a abordagem psicanalítica no ensino e para implementar propostas pedagógicas consideradas inovadoras naquela época, devido aos preconceitos existentes em relação aos doentes e às doenças mentais. Somava-se a isso, obstáculos oferecidos no interior da instituição psiquiátrica pelas irmãs de caridade e também no ensino superior, decorrentes da formação religiosa das alunas, que frequentemente ofereciam resistências ao que lhes era ensinado em Enfermagem Psiquiátrica. Segundo relatou a entrevistada:

"E em relação a isto (formação religiosa), tive problemas até com alunas. Uma aluna, que era espírita e que era fanática, disse-me que ia passar no exame desta cadeira e ia estudar essas pessoas como espíritos que estão passando por um carma, ou não sei o quê, que têm que pagar nesta vida e a senhora não vai me convencer do contrário, disse-me. Eu tive uma aluna judia muito boa, primeira da classe em religião. Ela estudou e não assimilou a filosofia da psiquiatria..." (Enfa. N.M.Z., p. 7)

Na continuidade de seu relato, ela aprofunda a discussão sobre a importância que a psicanálise tinha na formação dos enfermeiros daquela Escola, de onde originavam-se as

resistências das alunas a adotarem as concepções desenvolvidas na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. Vê-se a seguir:

"Era a mesma coisa com aluna freira. Tive várias alunas freiras. E, durante a aula de Freud, e por falar em Freud...A Escola Freudiana teve muito peso na nossa formação (ênfase). Depois é que chegaram conceitos novos, com outras personagens da psiquiatria que não eram tão enraizados ao pênis do pai e ao seio da mãe (risos). Mas, a nossa formação inicial era muito freudiana.(...) Mas, eu estava falando de Freud, que a nossa formação era muito freudiana...Nós tínhamos umas alunas freiras,(...) e eu estava dando uma aula sobre a personalidade e tinha uma freira que estava cochilando. Ai, eu mudei de assunto, falei sobre a minha voz, etc. E disse a ela que ia fazer isto, pois ela estava quase dormindo e ela me respondeu que o que eu estava falando não interessava a ela, me disse que o que eu estava falando entrava por um ouvido e saía por outro (risos). Então, ela, a aluna, estava presente, tirava boas notas, mas não absorveu nada (ênfase), pois, o auto-conhecimento, que acho importante em aulas de psiquiatria, por ela, não foram nem aproveitados. Pois, o estágio de psiquiatria - é um destino da cadeira- eu acho que deve ajudar o aluno a conhecer-se. Essa, entrou de um jeito e saiu do mesmo (riso)." (Enfa. N.M.Z., p.7)

Questionada sobre se havia recebido tal formação de orientação analítica em São Paulo, onde obtivera seu preparo para trabalhar em psiquiatria, ela explica:

"Não (ênfase). O Juqueri não era tanto não. Ele era muito organicista. Era a diferença do sul e de São Paulo, pois aqui nós tínhamos muita influência da Argentina, que também era freudiana. Eles davam toneladas de medicamentos e nós achávamos um absurdo, pois dizíamos que o paciente tinha direito a ter crises, quebrar alguma coisa...Mas, lá, se isso acontecesse, eles eram castigados, pois não tinham este direito, de manifestar a loucura deles." (Enfa. N.M.Z., p.7)

Ou seja, o movimento de aproximação com a psicanálise feito pela entrevistada ocorrera em Porto Alegre, onde de fato a psicanálise ganhou forte prestígio a partir do final dos anos 40, conforme se verificou nos depoimentos de outros entrevistados. Neste sentido, a preparação do enfermeiro para trabalhar em psiquiatria sob uma perspectiva psicanalítica foi uma característica predominante em Porto Alegre. E parece ter sido influenciada pela abordagem predominantemente adotada pelos profissionais médicos que atuavam no Hospital São Pedro.

A afirmação de que no Juqueri a abordagem predominante nos estágios de enfermagem psiquiátrica era exclusivamente organicista é ressaltada por outra entrevistada que se formou na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Para ela, esta tendência manteve-se quando os estágios passaram a ser desenvolvidos na Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas na segunda metade dos anos 50. Contudo, conforme ela conta, ao lado desta ênfase na psiquiatria organicista havia uma preocupação em focar a relação interpessoal como objeto do trabalho de enfermagem:

"Então eu tive um curso assim... Um curso de clínica psiquiátrica dado pelo professor que era designado pela Faculdade de Medicina, que na época era o professor Carvalhal. Então, a base era muito clínica, apesar de que Dona Elizabeth tinha feito um curso nos Estados Unidos. Quando ela se formou e depois que tinha voltado dos Estados Unidos, ela teve uma experiência muito boa, muito específica em enfermagem psiquiátrica. Tanto que ela pode preparar todo o pessoal para começar a Clínica Psiquiátrica (do Hospital das Clínicas). Mas a enfermagem psiquiátrica, nesta época que eu estudei, era muito fechada. Existia muita preocupação em trazer tudo fechado, muito medo do suicídio, da agressão. Então era tudo muito difícil, apesar de que foi implantado, quando abriu a Clínica (Psiquiátrica), o que tinha de mais moderno em relação ao tratamento do paciente. Então, era aquela tentativa de compreensão do comportamento do paciente, ajudar o paciente a conviver com outras pessoas, dentro do menor sofrimento possível para ele. Então, como a clínica era pequena, tinha poucos pacientes. E a Clínica iniciou com um pessoal preparado nestes moldes, vamos dizer, sem grandes conhecimentos de psicodinâmica. Até que tinha, porém sem estar muito voltado para a psicanálise. Nós tínhamos um atendimento humanitário (ênfase), muito bom. E sempre, o que chamava a atenção, é que o Hospital das Clínicas era despreparado. O pessoal todo fazia diagnóstico de histeria. Chamavam de 'piripaque' (ênfase). Então, era só a pessoa ter um acesso de nervos, ficar muito emocionada, ela estava com piripaque. Na psiquiatria, o que chamava a atenção era que nenhuma queixa de pacientes era considerada psicológica antes de se fazer, de se eliminar todas as possibilidades de ser física. Então, toda queixa era levada em consideração. Então, essa atenção, que era inclusive explicar para o paciente que isso não é devido a algum processo orgânico, mas a cabeça dele é que não estava bem. Isto até chocava a gente no início, mas era muito levado em consideração. Então os pacientes, dentro do nível de consciência daquela época, eram muito bem tratados. Os recursos terapêuticos é que eram pequenos ainda. Nessa época, quando fiz o estágio, ainda não tinha lugar o uso de psicotrópicos. Já existiam - mais ou menos desde 1952 - , mas existiu o medo de usá-los em larga escala." (ênf. E.C.A., p. 7)

Nos anos 60, a expansão dos serviços psiquiátricos em Porto Alegre possibilitou a ampliação de campos de aprendizagem oferecidos pela Escola de Enfermagem da UFRGS, inclusive mais compatíveis com a filosofia de ensino descrita pela entrevistada. Conforme ela explica:

"Em 1961 ou 62 - não lembro exatamente a data - veio o Marcelo Blaya e fundou a Clínica Encarnación Blaya. Então, isso era tudo o que nós queríamos conseguir um dia na vida, que era uma clínica organizada, com terapêuticas. Então, passamos a fazer estágio no São Pedro e nesta clínica. A coisa mudou muito (ênfase). Logo no início, uma aluna nossa, Rute, foi trabalhar com o Marcelo. Então nós íamos lá e tínhamos toda liberdade e foi uma coisa maravilhosa, muito comentada em Porto Alegre, porque a clínica do Marcelo ficava numa rua muito movimentada, que era a João Pessoa. Então, o pessoal via, às onze horas da manhã, os pacientes dançando. Isso foi um comentário que saiu até nos jornais. Bem, nós fazíamos também parte do Hospital Espirita e eu levava também as alunas para fazer visitas às entidades que eu achava importantes como o manicômio judiciário. Então, as alunas passavam a ver a diferença de um manicômio e de um Hospital geral-psiquiátrico." (Ênfase. NMLZ., p.7)

O mesmo ocorreu em Salvador, no início dos anos 60:

"Em 63, 64 veio a Revolução, então, você vê que foi pouco tempo, ele (Nelson Pires) foi afastado da clínica naquele período de aprendizagem, inclusive ele tinha um sanatório, eu ia ao sanatório."

É o Sanatório? Sim, né?

"Sanatório primeiro Bahia, depois o São Paulo. No Bahia eu não me lembro, mas eu acho que ele trabalhou no Bahia, mas o São Paulo ele fundou. Ai eu ia ao Sanatório São Paulo pra ver ali e pegar, eu ia porque eu queria ir e para aprender mais, eu queria consolidar a minha aprendizagem, mas logo quando veio a revolução, ele foi afastado. Foi afastado não voluntariamente, não. Foi afastado compulsoriamente. Então, houve outro professor, Dr. Rubim de Pinho, que também deu algumas aulas, mas logo eu assumi. Quer dizer, os professores que eu sabia, aqui na Escola foi Norival Sampaio e algumas aulas do Dr. Rubim de Pinho. Depois, então, eu assumi, a partir da minha entrada como enfermeira, professora de enfermagem psiquiátrica, já as aulas teóricas eram todas dadas por nós. Podíamos ter complementado quando a gente ia para o estágio, inclusive, isso era importante para o ego da equipe. Então a gente pedia: professor fulano, naquele tempo se

usava muito Cerletti, entendeu? Aí, professor pode, ou algum assistente dar uma orientação, e isso sempre eu procurei fazer, porque eu queria estar integrada na equipe do campo onde eu estava trabalhando, porque nem sempre eu trabalhei no campo só da Universidade. Nós fazíamos convênios." (Enfa. S.S., p.9)

Assim, com a ampliação dos serviços psiquiátricos criaram-se diferentes possibilidades para a formação de enfermeiros no campo da psiquitria, proporcionando-lhes o conhecimento de modos diversificados de tratamento das doenças mentais, bem como a oportunidade de entrar em contato com uma clientela distinta da população de doentes crônicos, asilados, que era objeto da assistência psiquiátrica nos hospitais públicos.

Por outro lado, em Minas Gerais ainda nos anos 70 havia resquícios do distanciamento entre as escolas de enfermagem e o Hospital-Colônia de Barbacena. Conforme se verifica através do depoimento da primeira enfermeira a ingressar no Hospital de Barbacena, nos anos 70, seu preparo para trabalhar com doentes mentais fora adquirido durante o curso de graduação em Juiz de Fora, numa clínica psiquiátrica privada:

"Na época, em Juiz de Fora, você tinha que ir para o Rio de Janeiro para fazer estágio de psiquiatria. Fui a Penha (que fora sua professora de enfermagem psiquiátrica), ela foi para o Rio Grande do Sul e conseguiu que a gente tivesse estágio em Juiz de Fora. Nesta época, eu lembro que eu fiquei um ano morando dentro de um Hospital Psiquiátrico; agora que eu lembro disso. É, assim como voluntária, sabe, era para ficar dentro do Hospital Psiquiátrico. Eu comecei a fazer psiquiatria e tinha a parte de Administração, que a gente tem que escolher, não é? Todo mundo passava para fazer obstetrícia. E eu não queria fazer obstetrícia. Então, eu pedi para fazer em psiquiatria, sabe. Eu acho que isso me ajudou mais ainda. Aí, a Penha concordou. Eu fiz. Eu fiz, porque depende do currículo, não é, a parte de administração em alguma coisa, eu fiz em Psiquiatria, dentro do Hospital."

E - E lá havia hospitais psiquiátricos?

"Tem, em Juiz de Fora tem muitos hospitais psiquiátricos. Eu fiquei na Clínica São Marcos, inclusive tinha até crianças, sabe. Eu fiquei nesta Clínica. É privado, e muitos psiquiatras nossos, aqui de Barbacena, já passaram por lá, fizeram formação por lá. Era até, na época, o mais evoluído, em que ele era mais aberto, aceitava voluntários, estudante de enfermagem, estudante de medicina. E eu peguei bastante lá, acho que isso me ajudou, também, a gostar de psiquiatria."

E - E você sabe porque não se fazia estágio aqui, em psiquiatria?

"Isso era mais um problema administrativo mesmo. Era tudo para a Anna Néry, tá? Juiz de Fora era ligada, aliás, Juiz de Fora é ligada direto, não é, da Avenida Brasil à Av. Chaves (risos), até o pessoal nem gosta não... Todos os estágios tinha que fazer no Anna Néry. Ai começou fazendo Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria, fora de Juiz de Fora. Mas no meu tempo a gente já conseguiu que fossem feitos em Juiz de Fora. Porque era difícil a gente se deslocar, conseguir alojamento. Era tudo por conta da gente e tinha que sair este estágio, não é? Aqui, vem muita gente aqui da Universidade. De Belo Horizonte. Vêm, visitam aqui, mas não... ninguém pega estágio aqui."

E - E vocês iam para a Anna Néry fazer estágio onde?

"Em psiquiatria, eu não sei, porque eu não cheguei a ir. Eu sei que o pessoal ia.(...)" (Enfa. V.B., p. 6)

Note-se que as condições de ensino prático de enfermagem em Juiz de Fora, até os anos 70, ainda eram bastante precárias, implicando no deslocamento dos estudantes a outras cidades, como, por exemplo, o Rio de Janeiro e São Paulo. Apesar da proximidade geográfica de Barbacena, o Hospital Psiquiátrico não era utilizado como campo de ensino prático de psiquiatria, por problemas de ordem administrativa, segundo a entrevistada. Tal situação sugere que a preparação específica, anterior ao ingresso no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, não constituía uma regra entre as enfermeiras, dependendo a sua realização do interesse pessoal do enfermeiro.

Pelo exposto até aqui, verifica-se que apenas a partir do final dos anos 50 a enfermagem profissional passa a focar o relacionamento interpessoal como objeto da enfermagem psiquiátrica.

Até a segunda metade dos anos 40 as escolas de enfermagem permaneceram distantes dos hospitais psiquiátricos públicos, oferecendo um ensino de enfermagem psiquiátrica essencialmente teórico. As alunas das poucas escolas de enfermagem existentes no país até os anos 40 só tinham contato com hospitais psiquiátricos através de visitas.

Posteriormente, na segunda metade dos anos 40, o Hospital do Juqueri foi o único campo de ensino prático para as enfermeiras de diversas escolas do país, pois a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo era a única que oferecia estágio nesta disciplina no interior de um hospital psiquiátrico.

Até os anos 50, o ensino de enfermagem caracterizava-se pela transmissão do saber psiquiátrico e não havia ainda uma produção de um saber específico da área de enfermagem

psiquiátrica. Em algumas escolas de enfermagem, as docentes adotam a abordagem psicanalítica no ensino da disciplina.

Todavia, a preocupação com a construção de um objeto de trabalho específico da enfermagem psiquiátrica só apareceria no final da década de 50, quando as enfermeiras passariam a assimilar um saber de enfermagem desenvolvido originalmente nas escolas de enfermagem norte-americanas.

Retomando as considerações feitas ao final de cada tópico deste capítulo, nota-se que as diferentes modalidades de preparação formal ou informal de pessoal de enfermagem empreendidas nas instituições psiquiátricas ou nas escolas de enfermagem ligadas aos estabelecimentos de ensino superior foram um espaço privilegiado para a transmissão do saber psiquiátrico sobre a doença mental, o doente mental e as formas de tratá-lo.

A adoção de modos formais ou informais de preparação de pessoal dependia da concepção que os dirigentes das instituições psiquiátricas possuíam sobre formação de agentes de enfermagem para trabalhar em psiquiatria e das condições políticas que encontravam para implementar seus projetos.

Todavia, independentemente da forma que assumiam, os processos de preparação para o trabalho em enfermagem nas instituições psiquiátricas tinham como finalidade a transmissão de um saber sobre a doença mental, o doente e as formas de cuidá-lo desenvolvido pela psiquiatria e a assimilação das normas institucionais que orientavam o funcionamento asilar pelos agentes de enfermagem.

CAPÍTULO IV - A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IMPLEMENTAÇÃO DOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS NO PERÍODO COMPREENDIDO ENTRE AS DÉCADAS DE 20 E 50

No presente capítulo, tem-se como objetivo analisar de que modo deu-se a participação do pessoal de enfermagem na implementação dos métodos terapêuticos empregados nas cinco instituições psiquiátricas brasileiras no período em estudo, com o intuito de demonstrar de que forma as práticas por eles desenvolvidas contribuíram para viabilizar o projeto proposto pela psiquiatria. Inicia-se a exposição pela discussão do modo de organização do trabalho e das condições de trabalho do pessoal de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos. Em seguida, passa-se ao exame das atividades atribuídas ao pessoal de enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos, discutindo-se inicialmente a organização espacial dos hospitais, pois ela possibilitava a realização da vigilância e da distribuição dos indivíduos no interior do espaço asilar, que eram os procedimentos disciplinares delegados ao pessoal de enfermagem. A seguir, discute-se a implementação dos métodos terapêuticos atribuída ao pessoal de enfermagem.

IV.1. A organização do trabalho nas instituições psiquiátricas

Como foi indicado no primeiro capítulo, à medida em que os hospícios brasileiros passaram a ter uma finalidade terapêutica, as práticas de enfermagem desenvolvidas em seu interior foram assumindo características diferentes das que possuíam até o final do século XIX (ou o início do século XX, como ocorreu em Salvador e Barbacena). De prática independente, de caráter eminentemente religioso e caritativo, as atividades dirigidas ao cuidado do doente mental passaram a ser um trabalho dependente e subordinado à prática médica. Neste sentido, a despeito da preservação de algumas características da fase anterior, como por exemplo a presença dos agentes religiosos na realização do cuidado aos pacientes, as práticas desenvolvidas no interior dos hospícios passaram a obedecer uma racionalidade médica.

Viu-se também que o processo de subordinação dos agentes de enfermagem, tanto leigos quanto religiosos, à corporação médica só pôde ser empreendido a partir do momento em que os psiquiatras concentraram em suas mãos a direção administrativa e técnica das instituições psiquiátricas e passaram a representar o hospício como uma organização piramidal, na qual o psiquiatra ocupava a posição superior e central no topo da hierarquia institucional, enquanto os demais agentes eram distribuídos pelos diversos escalões inferiores do sistema hierárquico. Este modo de organização do funcionamento asilar foi expresso, do ponto de vista formal, através de regulamentos e regimentos internos, nos quais definiam-se os limites de atuação de cada segmento que compunha as diversas categorias profissionais e suas posições correspondentes na hierarquia institucional.

Observa-se que a hierarquização das diferentes funções, além de viabilizar o exercício do poder disciplinar, possibilitou também ocultar a emergência de uma divisão social e técnica do trabalho entre os agentes que atuavam no espaço asilar.

É importante salientar que esta tentativa de assegurar a divisão do trabalho, com base no princípio da hierarquia, através de normas e regulamentos que procuram escamotear a existência da primeira (da divisão do trabalho), dando a impressão de que se trata de uma ordem natural das coisas, de algo que independe da vontade das pessoas, não é um fenômeno específico das instituições psiquiátricas, sendo identificado em todas as organizações burocráticas inseridas no modo de produção capitalista, conforme assinala Segnini (1988).

Todavia, a identificação da referida "divisão do trabalho, assentada sobre o princípio da hierarquia" (Segnini, 1988, p.98), indica que a organização do processo de trabalho nos estabelecimentos psiquiátricos estudados foi determinada pela mesma lógica que permeia as relações sociais de produção numa formação econômica capitalista.

Pelo que se depreende dos regulamentos dos hospitais psiquiátricos de São Paulo, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Barbacena e dos relatos que serão examinados adiante, no interior das instituições, estabeleceu-se primeiramente uma divisão social do trabalho, competindo ao médico a coordenação da assistência ao doente mental e, sobretudo, as prescrições das ações terapêuticas; o controle dos demais agentes que atuavam no espaço hospitalar e as atividades de ensino de medicina e enfermagem, em suma, o trabalho intelectual; enquanto ao pessoal de enfermagem cabia a execução das prescrições médicas, dos cuidados de enfermagem (medidas voltadas para a higiene e alimentação do paciente),

bem como a vigilância dos internos e a manutenção da ordem asilar, ou seja, o trabalho manual.

Entre os últimos, por sua vez, instalou-se uma divisão técnica do trabalho, na qual cabia a alguns funcionários - situados em posições hierárquicas mais próximas ao diretor - a vigilância e o controle direto sobre o trabalho dos demais agentes de enfermagem, bem como a administração do espaço asilar, enquanto aos outros era atribuído o cuidado direto dos pacientes e a operacionalização dos mecanismos disciplinares já discutidos anteriormente. Enfim, tratava-se de um modo de organização do trabalho pautado pela vigilância hierárquica.

No entanto, nos estabelecimentos psiquiátricos estudados, a divisão técnica do trabalho em enfermagem não se baseava nem no grau de qualificação nem no nível de escolaridade dos indivíduos até o início dos anos 50, diferentemente do que Melo (1986) constatou em relação ao modo de organização do trabalho em enfermagem nas instituições de saúde pública e nos hospitais gerais a partir dos anos 20.

Nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, por exemplo, a organização dos pavilhões do hospício e das colônias e o controle da disciplina dos demais agentes de enfermagem (enfermeiros, guardas e atendentes) era delegada pelo diretor da instituição ao administrador e por este aos inspetores dos pavilhões, que lhe estavam diretamente subordinados. Neste sentido, a administração do pessoal de enfermagem não era uma atribuição privativa do enfermeiro, já que o cargo de inspetor podia ser ocupado por atendentes ou guardas (que não possuíam preparo formal). Também não havia uma instância destinada exclusivamente à enfermagem no organograma daquelas instituições, diferentemente do que ocorria nos órgãos de saúde pública do Ministério da Educação e Saúde, ao qual os estabelecimentos psiquiátricos cariocas estavam igualmente subordinados. No entanto, o exercício daqueles cargos independia do grau de qualificação dos indivíduos, que na maioria das vezes nem possuíam um preparo formal específico para trabalhar em psiquiatria, a despeito de existirem indivíduos formalmente qualificados pela Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Serviço de Assistência a Psicopatas, atuando nos mesmos estabelecimentos.

No Hospital São Pedro a divisão social e técnica do trabalho correspondia a uma hierarquização do pessoal que atuava no espaço asilar, na qual o diretor ocupava o vértice da pirâmide, conforme estabelecia nos regulamentos de 1925 e 1938. A ele estava subordinado todo o corpo médico e o pessoal de enfermagem. Dentre os últimos, competia

às enfermeiras-mores religiosas - dentre as quais poucas possuíam um preparo específico- e aos enfermeiros-mores a administração do pessoal de enfermagem e dos pavilhões femininos e masculinos respectivamente. A estes encontravam-se imediatamente subordinados todos os demais agentes de enfermagem que assumiam o cuidado direto aos pacientes, subdivididos hierarquicamente em quatro níveis, a saber: primeiro(a), segundo(a) e terceiro(a) enfermeiro(a).

Na prática, até o final dos anos 50, a divisão do trabalho na instituição correspondia à hierarquização prevista naqueles instrumentos jurídicos, de acordo com o que expôs uma entrevistada:

"Cada unidade, cada pavilhão, tinha o psiquiatra, que era sempre o chefe da unidade...Existia...Vou te contar como era a hierarquia aqui no São Pedro, naquele tempo. O diretor era um psiquiatra. Existia um administrador, existia um médico clínico chefe e praticamente funcionava desta maneira. E quanto à Chefia de Enfermagem, existia um chefe de enfermagem para a ala dos homens e uma para a ala das mulheres. Depois disso, com o tempo, ficou reduzida a uma só, porque nós [as religiosas], quando viemos, tomávamos conta só da ala feminina. Mas, como a ala masculina estava muito abandonada, o diretor pediu que tomássemos conta da ala masculina também. (Por) que nós nem olhávamos na ala masculina, porque tinha um muro muito enorme, que às vezes eu até olhava lá dentro. Ai, ficava muito chocada. Mas, ai, quando nós começamos a tomar conta da ala masculina, foram umas irmãs, depois começaram a ir umas funcionárias e, ai, formamos os dois pavilhões, as duas partes iguais. Então, a chefia de enfermagem passou a ser uma só. Foi a pioneira da Irmã Dalva Filomena. Ai, ela organizou uma só Chefia de Enfermagem. Tanto assim que, naquele tempo, chamava-se (a chefia) de enfermeiro-mor. Até era o seu H., depois foi o Sr. J.C. e aqui (nas seções femininas) era a Irmã T.. Fundaram esta Chefia de Enfermagem que convergiu aqui tanto os homens quanto as mulheres. O administrador...Cada unidade tinha o seu chefe, que era um psiquiatra e existia um clínico, psiquiatras e os serviços administrativos- cozinha, lavanderia, manutenção, padaria, colchoaria, jardinagem, horta, costura. Tudo isto era também aproveitado. Mas como estavam assim, a administração interna era das religiosas. A farmácia e o laboratório eram dirigidos pelas religiosas. Então, principalmente a rouparia, a compra da roupa e da alimentação era tudo com a (madre) superiora e de comum acordo com o administrador." (Ir.P.C., p. 20)

Como mostra o trecho acima, no final dos anos 50, quando foi criado o cargo de chefe de enfermagem, a direção do pessoal de enfermagem passou a ser centralizada por um único profissional, passando a constar no organograma da instituição.

Antes que a entrada das irmãs fosse permitida no interior dos pavilhões masculinos, a administração da assistência de enfermagem ficava a cargo exclusivamente dos enfermeiros-mores. Tal como previa-se no regulamento do Hospital São Pedro de 1938, cabia-lhes a supervisão do pessoal de enfermagem (enfermeiros e ajudantes de enfermagem, também chamados de atendentes) e a administração das divisões masculinas e serviços de clínica e cirurgia. Mas estas tarefas eram dificultadas pela carência de pessoal formalmente preparado, o que colocava ao enfermeiro-mor situações como as seguintes:

"(...) Lá na Esquirol era diferente, porque a Esquirol era manuseada pelas freiras, pelas irmãs. Então, como as irmãs ficavam vinte e quatro horas por dia, quer dizer... Quanto às enfermeiras, bom, enfermeiras tinha uma em cada unidade, digamos assim. Mesmo na sala de quimioterapia, que te falei há pouco, que era uma sala de agudas e agitadas, aí tinha que ter duas, assim mesmo eram poucas, não é? Mas, se houvesse necessidade, as irmãs podiam dar cobertura. Na seção dos homens era diferente. Eu tenho aqui uma..., não sei se continua assim, porque eu nunca mais entrei no São Pedro. O pavilhão Carlos Lisboa, neste pavilhão dormiam mais ou menos uns quatrocentos pacientes e um atendente só. Sabe o que aconteceu no São Pedro, que deve ser a mesma..., parece que agora dividiram. Não sei como é. É que os doentes crônicos, doentes que já estão há muitos anos no Hospital, são os verdadeiros enfermeiros (ênfase). Tu sabes que eu, que fui do tempo do enfermeiro-mor, cansei de escalar, chamar dois doentes, daqueles em melhores condições para ficar, porque não tinha atendentes. Acabavam eles ficando. Então, arrumava café para eles, a merenda, e cada meia hora eu chegava no local. Em doze horas eu fazia isso, a cada meia hora eu estava lá. Mas eu fazia mais. Eu era tão 'caxias', que era inverno - para mim não tinha chuva, não tinha nada - e eu fazia a minha ronda de meia em meia hora em todo o hospital. Na Divisão Pinel e Morel. A seção feminina era separada." (Enfo.J.C., p.18)

Também em Barbacena havia uma divisão de trabalho entre médicos e o pessoal de enfermagem. No entanto, entre os agentes de enfermagem a divisão técnica do trabalho não seguia critérios baseados no grau de escolaridade. Antes do ingresso das enfermeiras, na década de 70, a divisão hierárquica entre o pessoal de enfermagem obedecia a critérios muito particulares e específicos daquela organização do processo de trabalho em enfermagem que se constituiu em Barbacena. No depoimento de uma das entrevistadas

aparece o que diferenciava guardas, serventes e as chamadas enfermeiras no interior da hierarquia.

"Eu trabalhei como guarda. Toda vida eu fui guarda. É, porque a atendente não ia ajudar a gente a fazer uma faxina boa, ela só mandava. É a gente é que pegava no bruto mesmo. No pesado era a gente. O dia que dava para tirar uma teia de aranha, o dia que dava para fazer uma faxina boa dentro dos pavilhões, revistar os colchões, (...). Então tinha assim um dia em que a Irmã mandava a gente fazer isso. Então, aquelas que falavam que era enfermeira - e não era enfermeira nada - ficavam lá no escritório, ficavam lá para cima. Que tinha D. M. E., que já faleceu, muito boa... Tinha S.B. também era muito boa, já faleceu. (...) Essas que eram as enfermeiras dos Pavilhões. Faziam lá os escritos. Fazia a escrita, tinha uma hora que mandavam a gente juntar as pacientes para contar. Ah, minha filha, ficava lá dentro do escritório, cada uma tinha... Ficava lá no escritorzinho, lá. Não vinha cá embaixo ajudar a gente, não. Então, as guardas era só nós mesmo. (...) Nós ficávamos no pátio. "

E- E as atendentes?

"Elas ficavam lá junto, minha filha, sem fazer nada. E as enfermeiras ficavam na escrita."
(G. U.S., p. 16-17)

Para outro entrevistado, havia distinções entre o atendente e o servente, que, tal como os guardas, encontrava-se diretamente subordinado aos atendentes:

"Naquele tempo era assim: um pavilhão, trezentos pacientes. Tinha um atendente, chamava (se) atendente por dia, em vinte e quatro horas, e um auxiliar, que se chamava servente. E o servente era para zelar da limpeza, mas acontece que ele sozinho acabava ele sendo (pausa), ele chefiando um grupo de pacientes, daqueles bons, que se tornavam residentes, porque não tinham para onde ir. E alcoólatras recuperados. Ficavam ali como internados, trabalhando, não é? Ajudando no asseio do próprio pavilhão." (Aux.Enf., C.P., p. 3)

Portanto, outra característica específica do processo de trabalho no interior da maioria dos estabelecimentos psiquiátricos examinados era a indiferenciação de atribuições entre os diferentes segmentos do pessoal de enfermagem, embora alguns deles possuíssem preparo formal em enfermagem e outros não. Ou seja, as ações consideradas de enfermagem eram realizadas indistintamente por todo os agentes que compunham o pessoal de enfermagem: serventes, guardas, enfermeiros e atendentes de enfermagem,

independentemente de possuírem preparo formal e do grau de complexidade que tivessem estas ações. Havia ainda os casos em que os próprios doentes participavam da execução de certas atividades atribuídas ao pessoal de enfermagem.

Mas, sem que houvesse necessariamente uma progressão na carreira (se é que se pode chamá-la de tal modo) que implicasse na passagem por cada uma das ocupações, a promoção de um cargo de guarda ou de atendente para a função de enfermeiro obedecia a determinados critérios. Veja-se no relato de uma das entrevistadas, que passou por tal processo de promoção, um dos critérios possíveis:

" (...) Ai, eu fiquei neste pavilhão seis meses, trabalhando como guarda. Ai o Diretor notou que eu podia, como se fala, gente... Tinha capacidade, um pouquinho de capacidade. ai me passou para outro pavilhão, em que eu recebia os pacientes, chamava P.A., Pavilhão de Admissão. Então, ali, naquela época, a maior parte das pessoas, (pausa) como que a gente fala, semi-analfabetas, não é? Quase não sabiam, assinavam o nome muito mal e tudo... Então, ele olhou no Livro de Ponto, que era Livro de Ponto, naquela época, olhou uma pessoa que tinha uma caligrafia boa. Ai, ele falou para mim ir. E eu peguei. Receber os pacientes, fazer recibo, mandar para a delegacia, não é? Ai foi triste, sabe. Porque a qualquer hora chegava, chegavam pacientes, do dia e da noite. E às quintas-feiras, chegava ônibus do (Instituto) Raul Soares, cheio de pacientes: trinta, trinta e cinco, quarenta... E agitadíssimos, sujos, cheios de piolhos... E a gente tinha que matar... Ai, neste dia, vinha uma funcionária de outro pavilhão para ajudar a gente, sabe. Porque eram duas. Eu ficava. Eram duas só, mas, neste pavilhão, o máximo que podiam ficar era quarenta. Só tinham quarenta leitos. Então, vinha uma funcionária para me ajudar e eu tinha que olhar aqueles pacientes que eram transferidos, tudo aquele dia. Os que eram transferidos para outros pavilhões... Ai tinha o Rodrigues Caldas, Antônio Carlos e Júlio de Moura, não é. Estes três pavilhões, que os pacientes que chegavam eram repartidos. Então, eu tinha que olhar nos Livros, procurar para saber quais os que eram reinternados para mandar para os pavilhões. E os que não eram reinternados ficavam ali naquele pavilhão mesmo. Sempre, quando era para chegar paciente tinham aquelas que já estavam boas para ir embora e o médico também transferia um pouco dos pavilhões para poder acolher as outras que chegavam. Ai, eu olhava, transferia aquelas, logo, a hora que chegavam as outras levava para o banheiro, dava um banho. Uma imundície que chegavam, lá do Raul Soares. Não vou dizer que aqui era..." (Atend.Enf. M. da A., p. 5)

Assim, embora não houvesse uma distinção formal entre os vários agentes, na medida em que legalmente só havia uma vaga de enfermeira, as pessoas tendiam a

desenvolver atividades diferentes e diferenciadas das previstas no regulamento de 1937. É interessante assinalar que, apesar de não ter pessoas com preparo formal específico ou com um grau de escolaridade maior que o primário, havia uma hierarquização no interior de um mesmo segmento da enfermagem, correspondente a uma divisão técnica do trabalho em enfermagem. Ou seja, atendentes ou guardas, que passavam a ser chamados de enfermeiros, que se encarregavam do cuidado indireto de enfermagem e guardas, a quem se atribuía o trabalho manual e, exclusivamente, o cuidado direto ao paciente. Entretanto, ambos não possuíam um grau de escolaridade maior que o elementar.

No Hospital do Juqueri, além da divisão social do trabalho entre médicos e agentes de enfermagem, existia uma divisão técnica do trabalho entre os últimos. Do final do século XIX até o início dos anos 50, quando as profissionais de enfermagem ingressaram no Hospital do Juqueri, este estabelecimento não contava com pessoal de enfermagem com qualificação formal específica em seu quadro de funcionários. Tal categoria era composta apenas pelos chamados guardas, organizados hierarquicamente em três segmentos: encarregados(as), enfermeiros(as) e ajudantes de enfermeiros(as). Segundo Pacheco e Silva [193-], a administração da assistência e do pessoal de enfermagem cabia aos enfermeiros-chefes, também chamados encarregados, aos quais eram imediatamente subordinados os enfermeiros. Estes eram responsáveis tanto pela execução das prescrições médicas, pelos cuidados com a alimentação e higiene dos internos e pela manutenção da ordem em cada pavilhão, quanto pelo comando dos ajudantes de enfermeiros. Estes recebiam também a denominação de praticantes, porque antes de serem promovidos ao cargo de enfermeiro deveriam passar por pelo menos seis meses de estágio prático, com a finalidade de adquirirem experiência no trato com o doente mental. Nos casos em que ao longo desse período fosse comprovada sua capacidade para assumir as funções de enfermeiro, ele era promovido ao cargo e se ocorresse o contrário poderia *"ser dispensado durante o período de prática hospitalar por mau procedimento ou evidente incapacidade"* (Pacheco e Silva, [193-], p.174). As atividades atribuídas aos ajudantes de enfermeiros consistiam basicamente na vigilância do comportamento e das condições de higiene dos pacientes, os cuidados com a alimentação dos mesmos e a limpeza dos pavilhões.

No entanto, pelo que se depreende das descrições dos entrevistados, na prática não existia uma diferenciação tão nítida entre as atividades executadas por cada segmento dos agentes de enfermagem no cuidado direto aos internos. Como se verifica no depoimento reproduzido a seguir, assim como nos outros hospitais estudados, no Hospital do Juqueri os pacientes participavam da execução de algumas atividades atribuídas à enfermagem:

"(...) E tinha outra: os doentes conscientes trabalhavam muito com a gente. Tinha doente que tomava conta de um pavilhão."

E- Como assim?

"O doente que...Naquela época, aí, tinha doente que a família punha eles. Porquê eu não sei (ênfase). Tinha uns que reclamavam: 'Eu não tenho nada. Meus pais me puseram aqui.' Então, esses trabalhavam com nós. Ajudavam, faziam...Eles é que transportavam doentes lá, outros doentes, lá para a cirurgia. Porque a cirurgia era uma só, não é? Era só um salão central. Então, quando ficava ruim, eles transportavam para a cirurgia e para a clínica médica. Então, nós enviávamos para lá, porque as colônias não tinham condição. Cada seção tinha uma clínica, mas casos mais avançados vinham para a clínica central, onde tinham aparelhos mais sofisticados, porque aqui (nas colônias) não tinha. Então, é assim que era a união." (Atend.Enf. J.S., p. 5)

E prossegue descrevendo a hierarquização existente entre os diferentes agentes que atuavam no interior do Hospital do Juqueri, comentando algumas características que em sua opinião apresentava o pessoal de enfermagem que lá trabalhava nos anos 40 e as condições estabelecidas para que os praticantes pudessem passar a ocupar a posição de enfermeiro na hierarquia hospitalar:

"Hoje tem tudo aí. Cada seção tem um diretor agora. Antigamente, tinha dois diretores. Era o diretor do hospital central e o diretor das colônias; administrador das colônias e administrador do hospital. E tinha o administrador geral, não é? E assimisto aqui funcionava. Só que a enfermagem era rude, a enfermagem era ... o encarregado entendia um pouco de enfermagem e os auxiliares que eram mais ou menos, não é? Aquilo sabe o que era? Eles pegavam um funcionário, eles punham ele, uma semana de estágio, um tempo no pavilhão dos desasseados.. Se tinha setenta e tantos desasseados. Quando chegava de manhã, tinha pavilhão que precisava ter aquele estômago (ênfase) para aguentar aquilo ali na entrada. E todos os dias tinha que trocar os colchões, tinha alguns que apodreciam em dois dias (ênfase). Então, o sujeito que aguentasse e limpasse aquilo, uma semana depois ele já saía para outros lugares melhores. Outros que entravam é que iam para lá. Mas isso era um teste para ver se o sujeito tinha vontade ou precisava ou não trabalhar"

E- Então tinha essa coisa, ia para um trabalho mais penoso e depois ia subindo de posto?

"Não era penoso (ênfase). Porque a gente tem que entrar lá por baixo. Porque na época que eu entrei aqui, entravam cem funcionários por dia e saíam cem. Porque os cem não queriam acatar aquelas normas, que eram rígidas naquela época, mas que eram necessárias. Então caíam fora. Outros chegavam, mas tinham medo do ambiente e iam embora. Agora, tinha funcionário que ficava e ia se acostumando. Porque você trabalhava duas ou três vezes com o doente, pegava amizade com os doentes conscientes, os outros vinham abraçar, a gente não se incomodava. Ria o dia inteiro com os doentes.(...)"(Atend.Enf.J.S., p. 6)

Por este depoimento, pode-se depreender em que consistia a "capacidade" ou a "incapacidade" para ocupar o cargo de ajudante de enfermeiro ou de enfermeiro a que se referia Pacheco e Silva [193-]. Observa-se também que alguns agentes de enfermagem que permaneciam no hospital após tal período de experiência e que gradativamente iam ascendendo às posições mais altas na hierarquia de enfermagem, cujo caso do informante acima é um exemplo, viam tanto a hierarquização existente no hospital, quanto os critérios empregados para a promoção na carreira como se fossem a ordem natural das coisas e incorporavam ao seu modo de pensar a visão produzida pelos dirigentes das instituições (Pacheco e Silva, [193-] de que a ascensão aos cargos mais altos na hierarquia da enfermagem deveria ser precedida necessariamente pela passagem pelas posições mais baixas da mesma e, portanto, pela execução dos trabalhos mais degradantes e pesados. Embora esta característica não seja uma peculiaridade do Hospital do Juqueri, dado que nos outros estabelecimentos este tipo de movimentação dos trabalhadores no interior da hierarquia hospitalar também baseava-se num "sistema de carreira fechada" (Segnini, 1988, p.75), no depoimento acima a assimilação de tal visão (que permitia despertar nos funcionários todo o seu potencial de submissão às normas e à ideologia da instituição, como já foi assinalado anteriormente neste estudo), é retratada de forma mais explícita.

No Hospital Juliano Moreira, a organização do trabalho também expressava uma divisão social e técnica do trabalho entre os diferentes agentes. Embora não tenham sido localizados os regulamentos referentes ao período em estudo, o exame de outras fontes primárias (Bahia, Diretoria de Saúde Pública, Hospício São João de Deus, Folha de Pagamento dos Empregados, 1921-1926) possibilitou inferir de que modo os diferentes agentes deveriam distribuir-se pela hierarquia institucional nos anos 20. Além da divisão social do trabalho entre os médicos e o pessoal de enfermagem, a folha de pagamentos indica, pelo menos formalmente, a existência de uma divisão técnica do trabalho entre os últimos, na qual caberia ao inspetor e à inspetora (subordinados ao administrador e este ao

diretor do hospital) o controle dos pavilhões e da disciplina entre os demais agentes de enfermagem. Estes, distribuídos nas funções de enfermeiros, enfermeiras, guardas e serventes (de ambos os sexos) encarregar-se-iam do cuidado direto de enfermagem no interior de cada pavilhão. Além disso, a partir de 1926, os enfermeiros(as) foram subdivididos conforme uma ordenação hierárquica em primeiro(a), segundo(a) e terceiro(a) enfermeiro(a). Observa-se no Registro de Títulos e Portarias de Nomeações-1912/1923 (Bahia, Diretoria de Saúde Pública, Asilo São João de Deus) que, nos anos 20, tanto a ocupação quanto a promoção ao cargo imediatamente superior na hierarquia institucional ocorria por substituição do ocupante anterior da vaga, por motivo de exoneração, pedido de demissão ou por concessão de licença para tratamento de saúde.

Segundo relatou uma das entrevistadas, até a chegada das enfermeiras do Serviço Nacional de Doenças Mentais no final dos anos 40, a coordenação do pessoal de enfermagem no Juliano Moreira era atribuída às visitadoras sanitárias:

"Quem chefiava a enfermagem era uma senhora que tinha o curso de saúde pública. Porque aqui tinha uma Escola de Enfermagem de Saúde Pública. Então era ela. No almoxarifado era a irmã. E ela era quem fazia a direção e que determinava, que fazia todo o serviço de enfermagem do hospital. Todo. Ela foi formada pela saúde pública aqui. Mas, naquela época, não tinha as da universidade. Então, era a dona Albertina que tomava conta. Agora, tinha o chefe da clínica que orientava os médicos, tomava conta, orientava os internos, e tinha a direção. O que eu posso dizer à senhora é que tinha também o administrador do hospital. Ele é que tomava conta da roupa, da comida, de materiais quebrados. Ele é que ajudava na direção." (Vis.San. A.R.F., p.11)

Portanto, a forma assumida pela organização do trabalho nos hospitais de Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Barbacena corresponde a um processo de aperfeiçoamento de mecanismos disciplinares que procuravam estabelecer a posição de cada categoria profissional e os limites de sua atuação no interior do espaço asilar através de instrumentos legais. Estes pareciam garantir tanto o ordenamento do espaço hospitalar quanto o disciplinamento de seus agentes, o que era vislumbrado como uma condição fundamental para a consolidação do projeto de transformação do hospital em um espaço terapêutico.

Entretanto, apesar desta formalização detalhada, através dos instrumentos legais, nem tudo ocorria conforme previsto nos regulamentos. Nota-se, a partir dos depoimentos a existência de inúmeras situações de conflito entre os diferentes agentes no interior da

instituição. As versões apresentadas pelos informantes levam a supor que, nos cinco estabelecimentos, o rigor que caracterizava a organização administrativa a nível formal, não correspondia ao modo como na prática desenvolvia-se o exercício efetivo do poder entre o pessoal de enfermagem no interior das instituições.

Algumas formas de controle adotadas para subordinar os que se encontravam nos níveis inferiores da hierarquia é evidenciada nos depoimentos dos entrevistados que trabalhavam na Colônia Juliano Moreira e no Hospital do Juqueri.

Pelo que se depreende dos depoimentos, auxiliados pelos administradores e pelos inspetores, os diretores tinham um controle total - ou, pelo menos, tentavam tê-lo - do que ocorria no interior daqueles hospitais, tomando ciência de tudo o que acontecia nos pavilhões e centralizando em suas mãos as decisões sobre os diferentes aspectos que permeavam a vida asilar, como exemplifica um dos entrevistados:

"E digo e repito. Com este diretor, agora, o doente da Colônia vai ser bem cuidado, muito beneficiado, porque eu sou remanescente de uma safra de diretores bons desta casa. Eu cito até um, por exemplo, que era um abnegado, Dr. Carlos Sampaio Corrêa, (...). Era um homem que muitas vezes trazia medicamento de fora, quando a Colônia não tinha. Porque o pronto-pagamento era mínimo para fazer tudo para a Colônia. É um ponto que eu esqueci de falar: na minha época, o administrador e o diretor (...), eles corriam a Colônia toda pela manhã, para ver o café da manhã que os doentes recebiam. Isto eles faziam questão de presenciar." (Aux.Enf.A.B., p.21) (grifo nosso)

Outro informante conta que no Hospital do Juqueri:

"(...) era uma organização bem feita. O diretor nosso, que tinha aí, era um diretor que...Eu sou do tempo do Dr. Júlio de Andrade e Silva. Homem altão...até os médicos tinham medo dele. Quando chamava: 'O diretor está chamando um funcionário', 'O que será que ele quer?' Tinham medo." (Atend.Enf.J.S., p.6)

Ainda assim, o espaço asilar continuava servindo como palco para conflitos entre os agentes de enfermagem responsáveis pelo controle da disciplina e os executores da assistência aos internos, sendo esta uma característica preponderante das relações sociais ali engendradas. Tais conflitos decorriam da insubordinação do pessoal de enfermagem às normas institucionais e aos preceitos morais, defendidos pelos dirigentes das instituições psiquiátricas. Também os administradores dos hospitais, aos quais foi atribuído o disciplinamento dos trabalhadores de enfermagem, possuíam uma visão preconceituosa em

relação aos seus subordinados, o que os levava a acionarem constantemente medidas punitivas contra eles, com o objetivo de impedir que a desobediência às regras se instalasse no interior dos estabelecimentos.

Pelo relato de um entrevistado que atuou como guarda e estudante de enfermagem na década de 20 no Hospício Nacional, os médicos e administradores daquele estabelecimento possuíam uma visão negativa da conduta moral e da índole do pessoal que atuava como guarda e servente nos pavilhões masculinos. Ao relatar o episódio de seu ingresso no Hospício Nacional, o entrevistado comenta que o administrador preocupou-se em aloca-lo num determinado pavilhão, no qual a possibilidade dele ser desvirtuado pelo mau comportamento dos demais colegas era menor:

"Tinha um empregado de lá (do pavilhão de tuberculosos) que havia sido licenciado pelo Dr. Juliano para tomar conta de um doente.(...) Pois fui eu quem fiquei tomando conta no lugar dele. Ele mesmo (o Chefe do Pavilhão de Tuberculose) se propôs a ir lá no administrador, dizer para eu ficar como empregado, porque eu era um bom empregado."

E- Lá no Pavilhão de Tuberculosos?

"Lá no Pavilhão de Tuberculosos (ênfase). Mas, aí, eu vim para o outro, vim para o pavilhão de clínica - era o a seguir. Mas o administrador mandou que ele me apresentasse na Seção Pinel, seção de doentes entrantes, doentes em clínica, doentes mentais. Mas o meu chefe disse ao seu (inaudível): 'Não vale a pena colocar ele lá, porque ele é ainda muito criança... Vai chegar, vai se meter com esse pessoal e vai acabar se perdendo...E ele é muito bom. Aí ele trocou; tirou um do pavilhão, que era clínica, e botou no Pinel. E eu fiquei no lugar dele...aí eu fiquei trabalhando muito tempo.'"(Enfo.Prát. D.C., p. 3) (grifo nosso)

Embora tais concepções possam ser atribuídas aos preconceitos, então existentes em relação àqueles trabalhadores, por motivos exaustivamente discutidos neste trabalho, verifica-se que neste caso específico, as desconfianças fundamentavam-se em fatos concretos, uma vez que, como se verifica nos Livros de Registro de Empregados do Hospício Nacional e das Colônias, havia inúmeros casos de exoneração por roubo de alimentos, abandono do serviço, infligir maus-tratos aos pacientes, brigas, abuso sexual, dentre outras faltas. Por isso, se exigia atestado de boa conduta, dentre outros motivos.

Todavia, apesar dos preconceitos que marcavam as relações entre empregados e alguns administradores, retratado no trecho apresentado, nos demais momentos do mesmo depoimento o entrevistado relata outros episódios que apresentam uma posição diferente no

relacionamento entre os administradores e seus subordinados, mostrando a preocupação destes com problemas pessoais de seus comandados. Ele relata um caso em que, por ingenuidade, acabou envolvendo-se com um agiota, que emprestava dinheiro a juros para os empregados do hospício, com o objetivo de pagar dívidas que contraíra. Num determinado momento, o agiota passou a ameaçá-lo e ele, por recomendação do delegado de polícia, dirigiu-se ao administrador do hospital, homem muito bom e preocupado com os empregados, segundo o entrevistado. Este administrador tomou as devidas providências e livrou-o do agiota.

Mais do que um exemplo da solidariedade existente entre os superiores hierárquicos e seus subordinados, esta situação é um exemplo do grau de controle que se exercia sobre os trabalhadores naquela instituição, na medida em que se chegava até a interferir em questões da vida privada dos funcionários. Além de outras informações a respeito das formas de relacionamento entre os administradores e os empregados, este entrevistado fornece, ainda, indicações de um certo distanciamento respeitoso que se estabelecia entre o diretor do Hospício Nacional e seus subalternos, ao narrar fatos que dão mostras da personalidade de Juliano Moreira.

Depreende-se dos depoimentos e dos relatórios do diretor da Colônia Juliano Moreira (1947, 1948) que o grau de controle dos médicos e dos administradores sobre o trabalho do pessoal de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos cariocas foi adquirindo diferentes contornos durante o período de 20 a 50. Se nas décadas de 20 e 30 havia um controle direto e rigoroso do trabalho de enfermagem, devido às atividades de ensino, à presença constante dos diretores e dos médicos nos pavilhões do Hospício Nacional e das Colônias, a partir dos anos 40, o controle e a supervisão direta das atividades de enfermagem tornou-se menor.

As razões desta flexibilidade na conduta médica em relação à supervisão direta do pessoal de enfermagem esteve relacionada, provavelmente, às mudanças nas condições de trabalho naqueles hospitais, ligadas, por sua vez, à reorientação das políticas de assistência ao doente mental. Logo após a sua criação, tanto o Hospício Nacional, quanto as Colônias, viviam às voltas com o problema de superlotação de pacientes e deficiência de pessoal médico e de enfermagem, problemas estes que se agravaram com o passar dos anos. Isto acarretava a constante construção de novos pavilhões que pudessem abrigar uma população de internados que não parava de crescer com o passar dos anos. Entretanto, até os anos 30, tais dificuldades parecem ter sido contornadas a tal ponto que nem a superlotação, nem as dimensões territoriais das Colônias, nem o número de pavilhões dificultassem o controle e a

supervisão direta do pessoal de enfermagem pelos médicos. Entretanto, o agravamento das condições de trabalho, a partir do final dos anos 30, decorrentes da deterioração dos estabelecimentos psiquiátricos e da superlotação de pacientes, que gerava um aumento do volume de trabalho para todas as categorias profissionais, inviabilizou um controle tão rígido e imediato dos agentes de enfermagem, quanto o que havia até então. Conforme Heitor Peres explica em seu relatório (Colônia Juliano Moreira, 1947), a excessiva centralização de atividades nas mãos do diretor também contribuía para dificultar a administração seja da colônia, seja dos funcionários, na medida que a sobrecarga de atividades inviabilizava o controle da instituição.

A Colônia Juliano Moreira e o Hospital do Juqueri possuíam casas para os funcionários (diretor, administrador, médicos, pessoal de enfermagem, trabalhadores agrícolas, dentre outros) no próprio terreno dos hospitais. Assim como a divisão dos pavilhões para os pacientes, a distribuição das residências de funcionários e dos pavilhões destinados às atividades administrativas eram cuidadosamente planejados, favorecendo a obediência aos preceitos disciplinares e de vigilância na instituição. Na Colônia Juliano Moreira, por exemplo, as casas dos funcionários estavam distribuídas em alguns pontos estratégicos do terreno de cento e cinquenta alqueires, a fim de facilitar a vigilância sobre os pacientes e sobre os próprios funcionários (Colônia Juliano Moreira, 1947)

Por sua localização e pelas características arquitetônicas, tais construções preenchiam a finalidade de demarcar claramente a posição de seus moradores na hierarquia institucional e de diferenciá-los dos demais habitantes da Colônia. A passagem do depoimento reproduzido a seguir, dá uma noção de como ocorreu, historicamente, o processo de ocupação da Colônia e de que modo as questões mencionadas acima permeavam a distribuição dos funcionários na organização arquitetônica adotada em Jacarepaguá:

"Quando a Colônia veio da Ilha do Governador para cá (Jacarepaguá), os empregados vieram todos, mas as famílias deles ficaram lá (na cidade), morando lá...Por que, aqui, não tinham onde morar...Se empregaram aqui e ficaram um mês, sem ver os filhos, sem ver ninguém. E os empregados trabalhavam revoltados, e, o Dr. Rodrigues Caldas, sentia aquilo...Até que ele conseguiu uma ordem para que deixassem fazer umas casas aqui para eles.Aí, ele os autorizou a fazerem (as casas).Então eles faziam um mutirão. Três aqui...faziam três casas aqui, cada um. Três aqui, três ali...Depois mudavam(ênfase) Assim foram fazendo as casas todas. Essas casas foram feitas em mutirão, e, o pessoal ficava morando aqui. Depois, eles criaram um serviço...heterofamiliar, (...), e assim foram

criadas essas casas todas. Essas aqui, foram especiais. Porque esta casa aqui (em que mora), tinha fogão a gás, aquecedor a gás, banheira e dois tubos, daqueles grandes de gás... Porque se acabasse um, fazia pedido ao administrador. Ele mandava apanhar este vazio e botava outro cheio. Estas casas todas foram munidas assim. Mas aqui só trabalhava (morava) quem... Da ponta ali era o chofer do diretor. O meu vizinho, ali, era um médico, o Dr. Cássio. Eu, aqui. Ali, era a filha do inspetor-geral.(...) Aqui, era a filha do chefe da dispensa. O outro era o enfermeiro da oftalmologia, que o médico foi lá pedir a ele uma casa para o filho. E assim foi... Os outros dois, a seguir, eram o inspetor da noite e o terceiro era o secretário do administrador. Do outro lado era o Dr. caminha, que era agrícola [agrônomo], o outro era chefe do setor de trabalho... O outro era o Pedro Monteiro, que morava a seguir e era o encarregado do Bloco Médico. O outro era o Machado, inspetor da noite. Quer dizer, as propriedades eram distribuídas assim(...) Foi dada.(...) E assim ficou a moradia aqui..." (Info. Prát. D.C., p.13)

Segundo este entrevistado, o fato de os funcionários morarem na Colônia evitava que os pacientes pudessem fugir e que, conseqüentemente, ficassem abandonados ou vagando pelas ruas de Jacarepaguá, sujeitos a serem agredidos ou maltratados pelas pessoas. Para ele, a moradia na Colônia garantia maiores cuidados e possibilitava uma vigilância permanente sobre os pacientes.

Um outro argumento utilizado por um antigo funcionário do Juqueri para justificar a existência das residências para o pessoal de enfermagem no próprio hospital ainda nos anos 40 é reproduzido abaixo:

"Eu sempre morei dentro do Juqueri, não é? Quem tinha cargo eles pegavam e ofereciam."

E - Era só para quem tinha cargo?

"É, eu morei aqui onde era o ginásio, onde era o posto. Aonde era o ginásio passou a ser da (Secretaria de) Educação(...). É porque justamente é casa, não é? Chefe de seção, não é? Porque a gente ficava a disposição vinte e quatro horas por dia. Qualquer coisa, chamavam no meio da noite. Tinha esse compromisso, não é? Assinava um termo lá... E qualquer coisa tinha que ir. Teve caso aí, que tinha que ir para o manicômio judiciário a uma da madrugada. Era uma casa confortável, não é? Não pagava aluguel, água, luz... Ali era uma vila, morava eu e mais quatro funcionários. Uma vilinha." (Atend. Enf. G.T., p.6)

A construção de residências para o diretor, para o administrador e para os funcionários possibilitava também o fortalecimento dos mecanismos de vigilância sobre os

trabalhadores dos estabelecimentos psiquiátricos, na medida em que colocava os funcionários de menor graduação hierárquica sob o "olhar" dos primeiros.

Entretanto, pensa-se que razões econômicas também estiveram relacionadas à decisão dos dirigentes de adotar a moradia dos funcionários no próprio estabelecimento psiquiátrico, uma vez que todos eles foram construídos em locais distantes dos centros urbanos, naquela época, dificultando o acesso e a locomoção diária das pessoas que lá trabalhavam. Além disto, os ordenados pagos ao pessoal de enfermagem eram baixos, pelo menos em relação ao salário de outros trabalhadores, e nesse sentido, o direito à moradia na própria Colônia Juliano Moreira funcionava como um atrativo para recrutar trabalhadores ¹.

Enquanto isso, em Barbacena e em Salvador, os funcionários não moravam no hospital, mas a jornada de trabalho de 24 horas garantia a presença permanente dos mesmos nos três turnos. Segundo uma das entrevistadas, na Bahia ocorria o seguinte:

"Cada um morava na sua casa; morasse onde morasse, ninguém morava no hospital, que ficava em Brotas. Você tinha que vir cedo igual aos outros. Todo o pessoal morava longe, mas chegava cedo. Agora, eu, morava na Estrada da Rainha, que era um pouco longe. Já para o fim, agora, eu morava em Brotas, já perto do hospital." (Aux. Inf. M.G., p. 12)

Ao contrário do que ocorria com o pessoal de enfermagem, os médicos internos tinham direito à moradia no próprio hospital:

"Em 1949, tinham outros médicos que não eram daqui de Salvador, uns eram do sul, outros do Rio Grande do Norte, (por) que era uma quantidade de internos, eram uns vinte (médicos) internos por uno. Então eles passavam o dia inteiro, eles moravam no Juliano. Porque tinha a torre, na torre eram os quartos dos internos, eles viviam lá." (Vis. San. A.R.F., p. 7)

Um outro aspecto abordado pela maioria dos entrevistados são as relações sociais estabelecidas no cotidiano do processo de trabalho entre os diferentes agentes que atuavam no interior do espaço asilar: serventes, guardas, atendentes, enfermeiros, inspetores, administradores, irmãs de caridade, psiquiatra. É interessante ressaltar que na maioria das vezes, a autora não precisou questioná-los especificamente sobre este tema, pois os informantes tendiam a enfocá-lo espontaneamente, ao longo do relato sobre o trabalho que

¹Para se ter uma idéia, em 1936, o segundo enfermeiro recebia um ordenado de 200\$000 mensais e o guarda, 170\$000, enquanto o médico recebia 750\$000 (Colônia Juliano Moreira. Livro de Registro de Empregados, 1920-1940)

desenvolviam nas instituições. Da descrição feita pelos sujeitos sobre aspectos que envolviam relações interpessoais, pode-se depreender a que nível davam-se os conflitos no interior daquelas instituições e as relações de poder que os diferentes segmentos da categoria de enfermagem estabeleciam entre si e com a categoria médica.

No Hospital São Pedro, por exemplo, nota-se que embora todas as decisões em relação às questões político-administrativas coubessem ao diretor da Assistência aos Psicopatas, a administração interna do estabelecimento e particularmente de setores estratégicos para a aplicação dos tratamentos médicos continuou nas mãos das irmãs de caridade, até o final dos anos 50. Tal situação servia como cenário para conflitos entre elas e a direção do hospital, bem como entre elas e o pessoal de enfermagem leigo, que dividia com as mesmas a responsabilidade pela administração da assistência e do pessoal de enfermagem nos pavilhões masculinos. Tais embates são exemplificados pelas situações narradas por um dos entrevistados:

"(...) Porque o problema delas (religiosas) é exatamente nesse setor de comando, de reprimir as coisas. Me lembro de uma ocasião. O Dr. Mário Martins receitou uma medicação injetável, era um composto, não é. E o Hospital São Pedro tinha o laboratório e a Irmã M. do R., que comandava o laboratório, me deu soro glicosado e a vitamina B. E eu, que não o fiz, mandei de volta. E ela disse: 'Se quisesse, fizesse aquilo no paciente, senão, azar. Então não faço.' (disse). Quando foi no outro dia, chegou o médico, Dr. Mário Martins, e eu disse: 'Olha, aconteceu assim, assim...' Ele disse: 'Vamos lá.' Sabe como era o receituário no São Pedro? O médico receitava o medicamento na papeleta, no prontuário do paciente, e tu é que passavas no livro, o enfermeiro é que passava, entendeu? Então, ela achava que eu tinha tirado o remédio para roubar, ou coisa semelhante, sei lá. Ai, ela não dizia seu J.C., dizia Dr. Mário. Ai, o Dr. Mário Martins foi lá e disse para ela: 'Olha, irmã, quando eu receitar uma medicação é porque este paciente precisa da medicação e eu não quero similar, quero exatamente a medicação que foi prescrita. A senhora nunca mais faça isso.'"

E- E ela, o que fez ?

"Se conformou, mas, quer dizer, mas ficou revoltada, contra mim. Mas, tinham aquelas outras, leigas, tinham enfermeiras que davam assistência na parte da noite, me tratavam muito bem, davam até presentes. Agora, eu brigava muito, porque eu queria as coisas do doente, assim, a parte da... Nós estávamos falando há pouco da insulina. Além do soro, que muita gente fazia mais a glicose que a gente dava, depois vinha o café para o

paciente. Mas, tinha que ter pão com mel. E um dia, a irmã resolveu mandar sem nada. Eu mandei de volta. Ai, veio a madre superiora e falou comigo: 'Não, o senhor vai dar.' 'Não, não vou dar. A senhora vai dar pão com mel' 'Mas eu não vou dar' (disse a irmã) 'Se a senhora não vai dar, o doente não vai tomar café. Eu quero pão com mel, porque é a prescrição. É isto que tem que fazer, é assim que vai dar.' Então, o que é que aconteceu? Nós fomos à Direção do Hospital. Ela disse que tinham dificuldade, aquela coisa...E o Diretor falou: 'A senhora tem que dar. Se a senhora não tem mel, a senhora bota melado'. Acabou." (Enfo.J.C., p.10-11)

Questionado sobre se, naquela época, o subsídio para a alimentação no Hospital não era fornecido pelo Estado, uma vez que as irmãs tinham tamanho poder em relação a sua distribuição, o entrevistado explica:

"Sim, o Estado. Porém, elas administravam. Quer dizer, elas (as religiosas) faziam tanta economia, que...Tinha a dispensa, eu não sei se existe hoje, muito grande, o hospital tinha. No fim do ano, o dr. Godoy distribuía para o Sanatório Partenon e lá para o leprosário, das sobras (exclamação). Eu eu acho que são indispensáveis dentro de um hospital. E não é só isso. Elas são dedicadas mesmo para a parte hospitalar, eficientes mesmo. Agora, a parte de administração..." (Enfo.J.C., p.11)

Os conflitos entre os agentes religiosos e os leigos não foi uma situação apresentada apenas em Porto Alegre. Conforme visto anteriormente, a partir dos anos 30, a administração interna do Hospital-Colônia de Barbacena passou a apresentar características diferentes das previstas no seu primeiro regulamento. Desde aquela época, a entrada das religiosas no hospital trouxe modificações ao equilíbrio do poder até então concentrado exclusivamente nas mãos do Diretor. Ao assumirem, na prática, a administração do pessoal de enfermagem e de outros setores do Hospital, tais como refeitórios, farmácia, lavanderia, elas adquiriram um controle sobre o funcionamento do Hospital, que se perpetuou ao longo de quase meio século. Como se vê a seguir:

"(...) E dessa época para cá o tratamento vem melhorando. E agora, você não vê mais zoeira nesta casa. Não vê paciente todo rasgado, sujo...Você não vê mais. Quer dizer, mesmo a direção do hospital é uma direção boa.(...) Mas no nosso tempo não. Entravam sempre as irmãs no meio. E quase não deixavam o diretor tomar a frente. Não era igual agora. Não tinha gerência. Às vezes estava em casa, mandavam buscar em casa para trabalhar. Além das 24 horas suas. Faltava alguém, elas corriam, mandavam buscar a gente para fazer outras 24 (horas) da outra." (Atend.Enf. G.F., p.4)

Como mostra a entrevistada a seguir, as irmãs tinham o poder de definir quem seria promovida à "enfermeira":

"As irmãs (ênfase), as irmãs davam o cargo de enfermeira, para a gente ser enfermeira. E nós que recebíamos, às terças-feiras, nós recebíamos um ônibus de pacientes que vinha de fora. Vinha de Belo Horizonte (...) As mais bravas, que a gente via que estava brava mesmo, as irmãs transferiam lá para o (pavilhão) Rodrigues Caldas e para o (pavilhão) José Moura, porque lá tinha modo de pôr elas nas celas, não é?" (G.V.S., p.13)

Como foi visto no capítulo anterior, também entre as enfermeiras e os demais agentes de enfermagem estabeleciam-se relações conflituosas no interior do espaço asilar. No entanto, o próximo depoimento dá uma idéia de como os demais agentes do cuidado de enfermagem procuravam resistir à perda do poder desencadeada pelo ingresso das enfermeiras nos hospitais:

"(...) havia enfermeira de alto padrão e elas ficavam ali, fazendo prescrições, passando tudo. Você sabe o que é o trabalho de enfermeira de alto padrão, não é? E depois, quem leva a coroa são elas. Mas tinham umas muito boas, tinham outras mais, que eu acho, não sei porquê, não é? Eu nunca dei valor, porque nunca quis brigar com ninguém, porque acho que ninguém é melhor que ninguém. Então, eu fazia o meu serviço, não dava oportunidade a elas de me chamarem a atenção. Respeitava, trazia ela (enfermeira) à distância, não faltava, que era para não ter confronto. Também, quando elas queriam passar do limite, eu fazia assim: 'Olha, espera aí. A senhora tem a sua carta (diploma), a sua posição: eu tenho a minha, que não é melhor, nem a senhora é melhor do que eu.' Já disse muito isso: 'a senhora me respeite para ser respeitada. E eu não sou o que a senhora é hoje, talvez porquê não quisesse, mas eu tenho minhas filhas que amanhã serão, talvez, o que a senhora é hoje.'" (Vis.San. A.R.F., p.18) (grifo nosso)

As descrições feitas pelos entrevistados sobre as formas de relacionamento estabelecidas entre o pessoal de enfermagem e deste com os profissionais médicos evidenciam as relações de trabalho existentes nas instituições psiquiátricas, no período compreendido entre os anos 20 e 50.

Verifica-se que as relações sociais estabelecidas entre os agentes que pertenciam a um mesmo segmento no interior da equipe de enfermagem eram marcadas por solidariedade e companheirismo, conforme recorda a maior parte dos entrevistados.

No Hospício Nacional, apesar da divisão sexual dos pavilhões, funcionários homens e mulheres estabeleciam contatos caracterizados por atitudes de solidariedade e cooperavam mutuamente na realização de tarefas, como contou um dos entrevistados:

"Os dois pavilhões do fundo eram o pavilhão de Clínica e de Fisiologia...igual ao nosso que era clínica e fisiologia, mas o pavilhão nosso...As empregadas dali eram boas moças, boas senhoras...Na hora de fazer a faxina braba (ênfase), tudo quem fazia para elas éramos nós, pediam prá gente. Um acabava o serviço, botava o serviço mais ou menos bem e iamos para lá, e outro ficava trabalhando cá. Mas também nós tínhamos comida...E quando a comida estava braba (ênfase), a gente dizia e elas diziam: "Não tem problema, tem comida aqui..."Elas faziam comida lá no pavilhão. Quer dizer que nós tínhamos tudo bem... No pavilhão Pinel também os guardas ajudavam na faxina. Porque havia muita... Sabe que eu gostava do tempo antigo? Porque havia muita cordialidade, ninguém procurava entregar ninguém, botar ninguém na força...Mulheres e homens viviam juntos ali, não havia essa coisa... Nós vivíamos nessa vida boa... que eu acho difícil hoje..."(Enfo.Prát.D.C., p.19)

Do mesmo modo que este entrevistado, as informantes mulheres recordam com nostalgia o relacionamento que existia entre elas e suas companheiras nas décadas de 20 e 30. E afirmam que a harmonia existente entre o pessoal de enfermagem que trabalhava na Colônia também estendia-se às relações entre esta e a categoria médica, enfatizando que não havia conflitos entre médicos e enfermagem, apesar de todas as queixas que os diretores dos hospitais tinham em relação ao comportamento do pessoal de enfermagem na época.

Ao serem questionadas sobre o relacionamento que existia entre os profissionais no Engenho de Dentro, duas das entrevistadas contam que:

"Ah (ênfase) Era um relacionamento muito bom, sabe, muito bom mesmo. Ali foi um relacionamento muito bom... Não, não tinha conflito não. Dr.Fajardo era médico da cirurgia, Dr Gastão Guimarães era otorrino..."

E- Mas nunca teve nenhum problema?

"Nunca teve problema não, nós tínhamos uma união (ênfase)." (Enfa.P.S., p.5)

"E no ambulatório tinha operações. Então o Dr. queria que a gente fizesse curativos nos homens e a gente não queria fazer. E tinha dois acadêmicos, muito bonzinhos. Então eles diziam: 'Vai fazendo outra coisa e quando ele for almoçar eu faço o curativo para você.' Dai, ele fazia o curativo." (Enfa.P.B., p.7)

Outra entrevistada, comparando sua experiência profissional no Engenho de Dentro com as vivências que passou em outros hospitais do Rio de Janeiro, nos anos 40, afirma que no primeiro não havia conflitos entre médicos e enfermagem. Mas, ao contrário da situação existente na Colônia nos anos 20 e 30, o conflito aparecia mesmo no interior da própria categoria de enfermagem como um todo, uma vez que se estabelecia com agentes de enfermagem externos às instituições psiquiátricas, as enfermeiras diplomadas pela Escola de Enfermeiras Anna Nery, como mostra a passagem reproduzida a seguir.

"Não. Lá não (ênfase). Na Colônia não. Só, só lá no Miguel Couto. A reclamação foi esta, das Anna Nerys. Que eles não queriam por nada trabalhar com as Anna Nery. Só com as enfermeiras da Escola Alfredo Pinto."

E- E você sabe por quê? Não teve enfermeira no Engenho de Dentro? Enfermeira da Anna Nery?

"Não"

E- Nunca teve?

"Não(ênfase). Nesse tempo acho que não tinha muita Anna Nery, não é?"

E- Não tinha muita Anna Nery, mas depois também não teve?

"A primeira Escola do Brasil foi a Escola Alfredo Pinto, minha filha. De enfermeira (ênfase), no Brasil, foi a nossa. Que nós até recebemos o diploma pela mão do Ministro Alfredo Pinto. Foi ele quem nos entregou o diploma."

E-Então elas não trabalharam no Engenho de Dentro?

"No meu tempo não (ênfase)."(Enfa.M.P., p.5)

A mesma visão de cooperação e harmonia no relacionamento pessoal entre médicos e enfermeiros é relatada por outra informante que durante dezenove anos foi médica e chefe de Seção no Hospício Nacional e na Colônia do Engenho de Dentro, assim como professora de Farmacologia na Escola Alfredo Pinto nos anos 40.

"Você sabe o seguinte, porque acontece uma coisa que é evidente. As pessoas em torno de você têm tendência a ser, têm em geral uma admiração, um certo carinho pelo chefe, digamos assim. E como têm esta admiração, essa aproximação afetiva pelo seu chefe, pelo médico que dirige a seção, pela aproximação que tem com a pessoa que dirige um trabalho, eles tem tendência a seguirem mais ou menos a orientação desta pessoa. Então eu creio que, de alguma maneira, influenciava voluntariamente e talvez, até

inconscientemente, procurava aproximar dos meus companheiros a minha maneira de pensar(...)." (Dra.A.M., p.15)

A despeito dos relatos anteriores sobre os conflitos que marcavam as relações de trabalho entre o pessoal médico e de enfermagem leigo e o pessoal religioso, um dos médicos do Hospital São Pedro entrevistado guarda boas recordações de seu relacionamento com as irmãs de caridade, exaltando a dedicação ao trabalho já mencionada em depoimentos anteriores. Isso, leva a supor que o relacionamento conflituoso que existia entre as religiosas e a enfermagem leiga do hospital não se reproduzia necessariamente com os elementos da equipe médica, que atuavam na enfermaria clínica. Veja-se seu relato:

"Agora, quem trabalhava comigo era a irmã, porque havia uma enfermagem religiosa que era extraordinária (ênfase). A minha irmã, irmã Firmina, ah, era uma pessoa que eu queria muito bem...Mais adiante ela foi transferida e foi como irmã superiora de um pequeno hospital do interior. Tinha idade e talvez não exista mais. Mas eu me recordo. É a irmã Firmina, pelo que eu saiba dos hábitos da ordem, tinha que levantar às cinco da manhã para fazer as suas orações iniciais, rezar, etc., para depois iniciar o cuidado aos doentes. E eu me recordo de chegar às 8 horas da noite e encontrar a irmã Firmina no meio da enfermaria, distribuindo mais um cobertor a este, mais um travesseiro àquele, acomodando um e outro, ajudada pelos enfermeiros do turno da noite. mas ela estava praticamente em tempo integral, assistência integral, que só a freira poderia fazer, pois morava lá e, enquanto estava acordada, ajudava." (Dr. R.M., p.15)

Uma explicação para esta harmonia no relacionamento entre o pessoal de enfermagem e os profissionais médicos no interior dos estabelecimentos psiquiátricos, relatada pelos entrevistados, é que ela tenha sido o resultado da intervenção dos psiquiatras da época no sentido de submeter à sua autoridade o pessoal de enfermagem atuante naqueles estabelecimentos. Para isto, teriam contribuído tanto o preparo formal do pessoal de enfermagem pelas mãos dos próprios psiquiatras, quanto a implementação dos mecanismos disciplinares, que não deixavam dúvidas quanto a quem pertencia o poder no interior do Hospital, ou seja, aos médicos. Neste processo a autoridade destes profissionais no interior da instituição passou a ser reconhecida por seus subordinados como algo natural e inquestionável, quase não havendo espaço para conflitos e rebeldia.

Entretanto isso não significa que estes conflitos inexistissem em todos os estabelecimentos psiquiátricos. Como se observa nos relatos de alguns informantes que trabalhavam no Hospital-Colônia de Barbacena, ali frequentemente ocorriam embates entre

o pessoal de enfermagem e os médicos e entre os próprios agentes de enfermagem que pertenciam a uma mesma categoria

Uma destas entrevistadas conta que às vezes os conflitos que ocorriam entre o pessoal de enfermagem durante o plantão resultavam até em agressões físicas:

"Essa cheguei até a agredir, não é? Perdi a cabeça. Porque eu não podia fazer isso, não é? Dentro do ambiente de trabalho a gente não pode fazer isso. Mas, quando eu vi, eu já estava grudada nela, porque o negócio começou assim: ela trabalhava de servente e tinha um serviço no pátio. Eles estavam fazendo uma reforma no pátio e a Irmã falou assim para mim: 'E., não deixe os pacientes passarem no pátio, que não é para estragar o serviço do servente. Felei: 'Tudo bem.' Então, a gente punha eles em duas mesas de café. Entrava a primeira mesa, sentava tudo, dava pão, dava café, num tabuleiro assim (gesto). (...) E eu tinha pedido para a minha companheira um cadeado dela, para evitar das pacientes ir lá para fora. E eu estava até alegre, cantando, satisfeita assim... Quando eu vi, chegou uma paciente e me falou: 'Dona E., tá aqui o cadeado.' Eu disse assim: 'Ué, mas quem abriu?' E as pacientes saindo tudo para fora. Eu disse: 'Mas quem que abriu a porta?' E as pacientes: 'Foi fulana de tal'. Ah, quando eu vi, que eu olhei para lá, para o refeitório, que eu não vi ela lá, eu larguei tudo, sabe? Não servi mais café, a minha vista escureceu. Aí fui atrás dela. Quando eu cheguei no segundo salão eu não tive dois tempos. Eu disse: 'Agora nós vamos acertar as contas.' (...)" (Atend.Enf.E.S., p. 6)

Mesmo o relacionamento entre o pessoal de enfermagem e os psiquiatras, que é descrito inicialmente como harmonioso pelos entrevistados, acaba também se revelando problemático, como vemos abaixo.

"Eu toda a vida eu combinei muito bem com os médicos, mas havia certos problemas que eu não admitia. Porque, às vezes, tinha um paciente passando mal e eles não queriam ver. Então, até houve um caso, um dia, que eu esperando, com tudo pronto, os prontuários prontos, os pacientes arrumadinhos para o médico, sabe? Que você pode achar que é cascata minha, mas não é não. Pode perguntar para qualquer pessoa (riso). Toda vida gostei. Aí, ele falou assim: 'Não vou atender ninguém.' Eu falei: 'Vai sim senhor. Tem paciente que passou mal, agitada, muito agitada. A noite que passou, teve que colocar na cela e tudo.' Aí ele falou: 'Aposto que é mentira sua.' Respondi: 'Não, não é não.' Este é um caso, depois tem outro. Aí ele falou: 'Então, traz ela lá para mim.' Eu fui na cela, abri, porque tinha uma na cela. Aí, ela chegou, ela foi avançar nele (ênfase) e ele disse: 'Prende depressa, prende depressa.' E eu disse: 'Eu não falei para o senhor, doutor, que

ela estava agitada? O senhor não quis me ouvir...' Ai, ele fez a receita... Esta até tomou ECT. Melhorou (ênfase). Até um mes depois ela teve alta." (Atend.Enf. M. da A., p.6)

É claro que a superpopulação dos hospitais, somada à precariedade das instalações, à falta de verbas acarretava condições de trabalho extremamente difíceis à enfermagem. Proporcionar cuidados, em tais condições, tornava-se então uma tarefa de fato árdua e os relatos a seguir oferecem mais alguns elementos para se contextualizar as condições adversas, subjacentes à participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos.

"E as doentes, aqui, elas dormiam juntas à noite, a gente não tinha uma cama para cada uma. Então elas encostavam as camas e ficavam assim, umas nos pés, outras nas cabeças e tal. E as mais lúcidas, as que estavam bem, a gente explicava para elas: 'Olha, vocês vão ter que dormir juntas, porque quando vocês chegaram, vocês encontraram uma cama sozinha e agora nós temos que deixar uma cama vazia para aquelas que vêm chegando, que estão muito doentes, e não vão aceitar dormir no chão nem juntas. Então, agora vocês vão dormir juntas para deixar a cama para quem vem chegando.' E aí elas atendiam. Então, a gente andava, às vezes, com uma doente pelos braços, para cá e para lá para achar uma cama. Mas aí, vamos dizer, uma dizia: 'Não, irmã, bota ela aqui comigo, bota aqui.' Então, quem aceitava é porque não ia brigar. E a gente selecionava as melhores. Até não havia esbanjamento de roupa, porque a roupa era guardada de um para o outro, porque, quando terminava o inverno, nós recolhíamos toda a roupa de inverno, era lavada e guardada. E os cobertores, a gente só usava os mais velhos, porque os pacientes urinavam na cama, a gente cuidava muito. Não iam cobertores para a lavanderia quase. E os novos, a gente dava para as pacientes lúcidas, que não estragavam. Então, todos os anos, eram guardados cobertores e lençóis, eram guardados para o outro inverno. A roupa, eram os casacos, japonsa, também eram guardados e assim, vice-versa. Ia chegando o verão, recolhia a do inverno: quando ia chegando o inverno a gente recolhia a do verão. Então, compras de roupas eram feitas raramente e duravam uma eternidade. O nosso material para limpeza era creolina, sabão grosso. Não existia essa frescura de sabonetes, desinfetante disso e daquilo e aí se mantinha limpinho e tudo. Nós pegávamos aquele eucalipto cheiroso com pimenta e umas brasas e botávamos na unidade. E assim dava aquele cheirinho bom e assim nós viemos vindo, sabe, até a época em que resolveram diminuir a população do São Pedro." (Ir.P.C., 16-7)

Acima, a entrevistada refere-se à tentativa feita nos anos 70, a qual, aliás, critica veementemente, por entender que não se podia simplesmente "esvaziar um Hospital, que

você levou 80 anos para encher" e neste sentido remete-se a tentativa que fora feita nos anos 50, quando foi criado o Serviço de Admissão, organizado pelo Dr. Luiz Ciulla. Segundo a mesma, a inauguração deste serviço possibilitou que a internação dos pacientes ocorresse mais criteriosamente, na medida que as internações passaram a ser necessariamente autorizadas por um médico plantonista. Esta medida visava contribuir para a diminuição da superlotação do hospital, uma vez que, até então, não se conseguia controlar rigidamente a internação, pelos motivos que ela relata a seguir:

"Tiveram que cancelar os doentes de outros estados com a abertura do Serviço de Admissão, que foi o Dr. Ciulla que idealizou. Teve um plantonista aqui para fazer uma triagem dos pacientes antes de baixar, também, começou a diminuir muito o número de pacientes. Porque nós éramos, recebíamos todos. Éramos nós que recebíamos. Chegavam aquelas ambulâncias cheias, porque (os doentes) eram coletados nas prefeituras e às vezes vinham com o vagão de Santa Maria. Quando chegava o trem de Santa Maria, era avisado aqui, e nós íamos buscá-los na ferroviária. A gente destacava duas funcionárias com a caminhonete, às vezes elas faziam até duas viagens para trazê-las. Quer dizer que vinha um vagão por vez. Então, vinham daquele jeito, não é, mais mortos do que vivos. O primeiro tratamento era um bom banho e comida. Quase que elas ressuscitavam. Elas diziam mesmo que elas estavam quase morrendo nas cadeias. Elas eram recolhidas às cadeias até que tivesse mais número (de pessoas) para trazerem aqui. Igualmente, as ambulâncias que vinham do interior, não vinham só com uma, não faziam uma viagem só por uma (paciente), traziam uma dúzia. Na hora que a gente abria a porta de entrada da ambulância, não sei quantos que a gente tirava. Às vezes até umas meio mortas, que apanhavam na estrada, que se batiam. Tem uma paciente, que ela era terrível, de Pelotas. Na ambulância em que ela veio, até hoje eu me lembro, nós tiramos uma quase moribunda de tanto que ela apanhou desta epilética. Imagina uma doente assim, em furor epilético, dentro de uma ambulância com mais três, quatro, se debatendo, não é? Então, tu imaginas. Bom, eu vi coisas horríveis, que eu achava assim que deviam existir outros hospitais para diminuir esta tristeza. Que eu, às vezes, achava, a doente me dizia: 'Ah, Jr.P., era eu morrer se a polícia não tinha pena de me dar um cobertor naquela cadeia fria. Eu ia morrer se ele não me dava um cobertor.' Tudo isso a gente ficava com dó e a gente chegava até gritar, pedindo que se fizesse um Hospital fora. Mas, agora, eu vejo que o Hospital está se esvaziando e lá fora não tem. Está pior do que antes e eles todos aqui dentro, pelo menos, aqui estavam todos se ajudando." (Jr. P.C., p. 17-8)

Deste modo, vê-se que no Hospital São Pedro, a participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos desenvolvia-se num contexto bastante precário, tão precário quanto o dos demais estabelecimentos psiquiátricos públicos existentes no país, no período de 20 a 50.

Conforme mostrou-se anteriormente, do final do século XIX até a primeira metade do século XX, o controle do processo de trabalho nos estabelecimentos psiquiátricos públicos de Porto Alegre coube à categoria médica.

Embora no início lhes coubesse apenas coordenar atividades de caráter técnico, a categoria médica aos poucos foi assumindo, além das atividades ligadas ao diagnóstico e tratamento dos doentes, as atividades de natureza administrativa e de formação de pessoal especializado.

O cuidado de enfermagem, por sua vez, ocupava uma posição subordinada e, principalmente, complementar ao tratamento médico. Os agentes responsáveis pela administração da assistência de enfermagem possuíam um maior ou menor grau de autonomia para a realização de seu trabalho, dependendo da posição que assumiam na hierarquia da organização hospitalar.

Entretanto, gerada pela superpopulação de pacientes e pela carência de pessoal que permanentemente atingiram o Hospital São Pedro e a Colônia Agrícola, a precariedade das condições de trabalho neles existente dificultava na prática o cumprimento dos limites de atuação de cada categoria profissional, previsto em seus regulamentos.

De acordo com o que se apreende dos depoimentos, no processo de trabalho, as ações típicas de enfermagem, ou seja, o cuidado aos doentes, era realizado indistintamente pelas irmãs de caridade e pelo pessoal de enfermagem leigo. Entretanto, muitas vezes, a atuação deste grupo não se limitava à execução de atividades próprias de enfermagem, estendendo-se também à realização de atividades consideradas médicas. No trecho transcrito a seguir, um dos entrevistados descreve as condições de trabalho e os diferentes momentos do processo de trabalho da enfermagem e, mais especificamente, das atribuições do enfermeiro-mor:

"Enfermeiro-mor então, naquele tempo, tu tinhas assim, digamos, eu pegava das dezenove horas até às sete horas da manhã. Então, o que é que acontecia? Eu trabalhava com seis ou sete atendentes e com mil e quatrocentos, mil e quinhentos doentes. Bom, outra coisa, eu era enfermeiro, eu era médico, eu era porteiro, isso tudo. Porque quando se notava

que o... Por exemplo, numa enfermaria, um paciente estava passando mal. Então, chamava o enfermeiro-mor. Então, tu chegavas lá, tu não tinhas ao alcance... Porque a gente, a gente já tinha conhecimento clínico, pela prática, nem tanto pela parte teórica, mas pela prática a gente sabia que tinha que se fazer um tratamento clínico também. Então, a gente aplicava a medicação necessária, conveniente, no caso. Bom, o paciente não melhorava, então, pegava o telefone e telefonava para o médico residente. Era o Dr. Paulo Lousada. Então o Dr. Paulo dizia assim: 'O que é que tu fez?' 'Eu fiz isso, assim, assim' 'Então está bom, deixa isso aí. Se não melhorar chama o padre.' Entende como é? E não existia, por incrível que pareça, a gente contando isto hoje, como eu estou te contando, eu acho que ninguém acredita, que num hospital, com quase quatro mil almas, cinco mil pacientes entre mulheres e homens que havia no Hospital São Pedro, não existia médico de plantão à noite. Tu sabias que de 1939, que eu ingressei, até 1964, que eu saí, nunca, não existia no São Pedro médico de plantão? Existia médico, como se diz, residente. No caso, se tu precisasses tu ia telefonar para a casa dele. O médico, naquele tempo, isso é muito importante, interessa para você, o enfermeiro que era. Naquele tempo, não era supervisor, era enfermeiro-mor. Fui muitos anos. Fui uns dez anos mais ou menos" (Enfo.J.C., p. 54).

Observa-se então que a administração do pessoal e da assistência de enfermagem cabia ao enfermeiro-mor, que por sua vez, subordinava-se diretamente ao diretor do hospital. Havia, entretanto, uma ampliação das ações que competiam especificamente à enfermagem, na medida em que a ausência de profissionais médicos no período noturno acarretava a delegação de certas atividades ao pessoal de enfermagem, como por exemplo a avaliação do estado de saúde do paciente.

Em função das precárias condições de trabalho e da natureza do trabalho em estabelecimentos psiquiátricos, muitos enfermeiros do São Pedro, formados pela Escola do próprio Hospital, ao concluir o curso buscavam empregos em outras instituições públicas de saúde. Como conta um dos enfermeiros, os ordenados pagos em outros hospitais públicos de Porto Alegre eram mais atraentes do que os percebidos no Hospital São Pedro. No depoimento a seguir o entrevistado fala da situação salarial e dos mecanismos de progressão no quadro de pessoal do São Pedro, explicando os motivos que o levaram a procurar outro emprego no final dos anos 40:

"Eu ganhava 700 cruzeiros. Tinha dois filhos e a mulher. E trabalhava e estudava o dia inteiro. E eu fazendo, eu conseguindo... Se eu conseguisse o primeiro lugar, eu sabia que seria indicado para a promoção, para ser enfermeiro. Porque até aí eu era atendente, não

é ? Eu tive que fazer este curso (da Escola de Enfermagem), então seria promovido. É...de 750 cruzeiros para 1400, 1500, uma coisa assim. Dobrava o salário. Mas eu tinha intenção de ir para o Pronto Socorro, porque o Pronto Socorro, naquela época, pagava 2400 cruzeiros e eu queria ir para lá. Eu fui e fiz o concurso no Pronto Socorro. Mas rodei. Sabe por quê? (...) Não fui classificado. Mas eu fiquei muito bravo porque uma moça que se classificou lá na prova oral...Tinha uma clavícula e perguntaram-lhe que osso era e ela disse que era uma costela. Foi classificada, não é? Eu disse: 'Mas como?'. Ai, eu fui falar com o Dr. Godoy. Ai, ele mandou uma carta escrita para o Diretor do Pronto Socorro, Dr. Braga Pinheiro, dizendo que não era certo. E o Dr. Braga disse assim para mim: 'Mas por que tu não me trouxe a carta antes?' Ai eu disse que era porque eu achava que tivesse critério, não é, porque se o senhor quisesse o senhor chamava todos esses que tiraram os primeiros lugares e faria novas provas, porque eu sei demais e não é justo o que fizeram comigo.(...) (como o Diretor do Pronto Socorro não reviu sua posição) Ai o falecido dr. Godoy me propôs: 'Vamos fazer o seguinte: O senhor vai lá para o Sanatório São José (além do Hospital São Pedro). Eu dou casa para sua família, dou alimentação e salário. Então fui por dois meses." (Enfo. J.C.,p.6) Porém, o posicionamento do segmento leigo da categoria de enfermagem, diante das precárias condições de trabalho que lhe eram oferecidas, modificou-se a partir do início dos anos 50, conforme pode-se observar no depoimento abaixo:

"O que é que aconteceu no Hospital São Pedro? A enfermagem começou a gostar de trabalhar, porque, até então, tinha que ser um ideal, tinha que ser uma pessoa assim...Porque senão não dava para trabalhar no Hospital São Pedro. O sacrifício era muito grande. E o esforço. Porque, naquele tempo, não eram as seis horas que se têm hoje. O esforço era durante oito horas. Tu entravas no São Pedro de manhã até seis horas da tarde, fazendo força, entende? Fazendo força até a tarde. É claro que a gente, eu principalmente, nunca. Eu trabalhei no São Pedro vinte e sete anos. Eu só levei um tapa de um doente, só um. E eu trabalhei muitos anos na sala de quimioterapia." (Enfo.J.C., p.8)

A partir dos anos 50 houve uma modificação das condições de trabalho do pessoal de enfermagem leigo, que decorreram fundamentalmente de dois fatores: a redução da jornada de trabalho da enfermagem, obtida através da organização política da categoria de enfermagem, que pressionou a Assembléia Legislativa no sentido de obter a aprovação de um projeto estadual que regulamentava a diminuição da carga horária diária de trabalho do pessoal de enfermagem do Hospital São Pedro, segundo registra Jacintho Godoy (1952), e a

introdução das chamadas terapias de choque e dos psicofármacos (especialmente a clorpromazina) no Hospital São Pedro, que substituíram em grande parte dos casos o uso exclusivo da força física para contenção dos doentes.

Além disso, acrescida à sobrecarga de trabalho, os próprios agentes de enfermagem vivenciavam experiências de sofrimento psíquico, segundo constatou um informante:

"Olha, eu te digo, uma coisa: eu acho sim, bastante, eu acho que uns 20 ou 30% dos enfermeiros antigos, todos eles morriam perturbados. A maior parte deles. Tem alguns remanescentes, tem eu ainda, com a graça de Deus, estou com lucidez. Tem o H. de O., foi um administrador lá do Hospital também." (Enfo.J.C., p. 23)

Outro entrevistado do Hospital do Juqueri também conta que alguns de seus colegas começavam a apresentar sintomas psiquiátricos ao longo do tempo, o que segundo ele pensa devia-se às condições de trabalho e à identificação com os problemas do paciente:

"Porque ficavam prestando atenção no que os doentes diziam, ficavam encasquetando com aquilo e acabavam também pirando. Muitos morreram." (Atend.Enf. J.S., p. 7)

Em seus relatos, os entrevistados do Hospital-Colônia de Barbacena enfatizaram as condições de trabalho bastante desfavoráveis enfrentadas pelo pessoal de enfermagem, dada a superpopulação de internados e o reduzido número de funcionários, os baixos salários que percebiam, a exaustiva jornada de trabalho a que estavam submetidos, e o relacionamento cotidiano entre os diferentes agentes no interior daquele hospital.

Uma das entrevistadas conta em que estado encontrava-se o hospital, quando lá ingressou no início dos anos 50 :

"(...) Mesmo minhas irmãs (que já trabalhavam no hospital) não queriam que eu fosse para o pavilhão, porque pavilhão era uma coisa muito triste (ênfase), não é? E elas não queriam. Mas eu fui. Fui em casa para falar com a minha mãe, dizer que eu tinha passado para o pavilhão, ela falou assim: 'Olhe, minha filha, você ficou até hoje sem trabalhar, se você não quiser, você não volta.' Eu disse: 'O que é isso, depois de demorar tanto a arrumar um emprego eu vou deixar?' Ai fiquei, fiquei no pavilhão Antonio Carlos. Ali era triste, viu. Ali, minha filha, era uma tristeza, porque um pavilhão com muitos pacientes, tinham seiscentos pacientes naquela época. Só mulheres. Então, parece que tinham cinco ou sete salões, e ali tinham as camas. Mas tinha também um salão que os pacientes ficavam com o colchão no chão, sabe. Então, eu fui para trabalhar de guarda, como

falavam naquela época, guarda (ênfase). Ai, a gente trabalhava à noite, a gente trabalhava vinte e quatro horas aqui, então à noite a gente tinha que fazer... durante o dia eram as limpezas, olhar os pacientes na hora da alimentação, cuidar da higiene deles e tudo. Muito doente, não é, para duas funcionárias, você imagina..." (Atend.Enf.M. da A., p. 3)

Depois de 20 anos, ao ingressar no Hospital-Colônia de Barbacena, a enfermeira entrevistada não encontrou melhores condições de trabalho. Ao contrário, ao longo daquele período agravaram-se os problemas relacionados às condições de trabalho e sanitárias, decorrentes da superlotação, da deterioração dos prédios e da situação de vida dos internados, que, inclusive, levava a morte dos mesmos. Segundo ela mostra a seguir :

"(A Enfermagem) Eram os antigos guardas, uma meia dúzia de gente, todo mundo dormia, dormia junto com paciente. o funcionário ficava quarenta e oito horas aqui, sabe. E todo mundo sujo, funcionário sujo, paciente sujo. Mas daí a FEAP começou a mandar gente, assim, um apoio, para a gente reformular isso aqui. Porque de manhã, você contava aqueles (os pacientes) que se levantavam, quem não levantava estava morto. Naquele tempo, morriam vinte, trinta por dia, não é ? Dava um total de, tem aí no hospital, uns gráficos para você ver o tanto que morria de gente aqui. Por mês, dava umas cem, cento e cinquenta pessoas."

E- E morriam de quê ?

"De diarreia, era o principal. Desnutrição. Não tinha comida. Porque a comida que vinha para cá, esse Coronel, que foi Diretor, ele desviou (pausa) a comida. Ele vendia os cadáveres o dia todo. A finalidade era morrer, não é? (...) Então veio, o famoso jornal, que falou, em Vassouras comprava-se tantos cadáveres para a Faculdade de Medicina lá, iam para o Rio de Janeiro, principalmente Vassouras, é o que ia mais. Em Barbacena mesmo se pegou cadáver, sabe. Então, cada hora se você queria um cadáver você pegava. Funcionário, aqui, tinha crânio, em casa, de paciente. Tem um cemitério nosso, aqui do hospital, que, agora já deu para a cidade, o antigo Cemitério da Paz, então, ali, chegavam e jogavam os corpos. Tinha uma carrocinha, a famosa carrocinha, puxada por um burro, esta carrocinha era pequenininha, fechadinha, azul, ali levavam os corpos, sabe? E era só despejar dentro de uma vala, assim (gesto), porque não tinha identificação, porque aqui não existia papeleta, ninguém sabia nome de paciente, não é? Ai, a FEAP começou a nos dar apoio, dizendo não, vocês vão ter que reformular. Então, nesta época, chegou eu, tinha uma assistente social, e o médico psiquiatra que não está

mais aqui, e o Dr. José Carlos, que está, é um médico mais antigo aqui. Ai, nós começamos a querer identificar os pacientes. Então, era aquela coisa, de chegar um a um e perguntar: Como é que você se chama, de onde você é? 'Aqueles que estavam bem falavam com a gente, mas os que não estavam era cada nome mais esquisito e aí se começou a identificar e fazer as famílias: Família Ignorado de Tal, tá, Família de Surdo Mudo... Aqui tem uma quantidade de pacientes que se chamam surdo-mudo, Ignorado de tal, Maria de tal, Maria Só... Mas aí nós começamos a fazer isso para ver se saía alguma coisa, começamos a fazer algum levantamento, e aqueles que informavam, nós conseguimos dar muitas altas. Chegou a mil e poucos pacientes, dentro assim de um ano. Aqui era o despejo, não é? Eu te falei que chegava pessoal de ... Era como um asilo. Fichava um asilo, não tinha onde pôr, pegava mendigo na rua para comer, Barbacena. Então, vinham os ônibus, toda semana, cheios de Belo Horizonte. Eu cheguei a pegar isso. Chegavam trinta, quarenta pacientes, que eles pegavam nas ruas de Belo Horizonte, mendigos. Tudo com piolhos, sujos, cheios de feridas, passando fome (indignação na voz)." (Enfa. V.B., p. 4)

Neste contexto de miséria e deterioração descrito no depoimento acima, o pessoal de enfermagem enfrentava uma exaustiva jornada de trabalho, com plantões de vinte e quatro horas, intercalados por vinte e quatro horas de folga, como mostra a próxima entrevistada :

"(...) Então a gente, seis horas, uma ia descansar. E a outra ficava ali para deitar, bom, ela ajudava a deitar os pacientes, dava o remédio da noite, depois ela ia deitar. A da primeira ronda, sabe, que falavam nesta época. É, porque tinha a primeira e a segunda ronda (riso). A primeira ronda era de seis a meia noite. Então, a colega que estava com a gente ia deitar um pouco, descansar e a gente ficava sozinha. Mas, é que naquela época, os pacientes ajudavam a gente, sabe. Os melhorados. Porque tinha um monte de pacientes melhorados, então eles ajudavam a gente, porque, se não, não dava para a gente ficar sozinha, não é? Mas, a hora deles dormir, eles iam dormir e a gente ali, olhando. Às vezes, dava um cochilo também, porque quem é que aguenta? Quando eles estavam quietos, não é? Porque a maior parte das vezes era aquela agitação fora do comum." (Atend.Enf.M. da A., p.3)

A mesma situação é retratada nos demais depoimentos como por exemplo no seguinte, em que a entrevistada descreve sua jornada de trabalho e suas atribuições:

"(Quando ingressei) Eu fui para o (Pavilhão) Rodrigues Caldas, com setecentas mulheres, setecentas pacientes. Então, tinham mais ou menos umas vinte mulheres de cela, que eram

aquelas mulheres mais bravas. E naquela época, não havia remédio para nós darmos. Nós tínhamos Amplictil (no Hospital), mas naquele tempo não tinha. (...) Então, nós trabalhávamos vinte e quatro horas presas ali dentro. E cada dia que a gente ia lá, fazíamos o setor de serviço. Por exemplo: hoje eu ia, tomava conta do pátio das sete da manhã até às seis da tarde. Quando é seis horas (dezoito horas), a empregada do pátio, ou para dona I. de M. ou para dona V., a gente ia descansar. Quando era meia-noite, levantava outra vez, ia pegar o mesmo serviço, que eu havia pego, o pátio, botar as mulheres dentro dos pavilhões, todo mundo. Então, a gente tinha essa responsabilidade. (...) " (G.V.S., p.1)

Esta rotina, descrita pelas entrevistadas, repetia-se durante todos os plantões. Entretanto, havia um grande rodízio de funcionários pelos diferentes setores do Hospital-Colônia de Barbacena, de forma que as pessoas não se mantinham fixas nos cargos para os quais eram contratadas. Muitas vezes, durante o tempo em que estiveram empregadas no hospital, as pessoas passavam por diversos setores, não ficando restritas ao Serviço de Enfermagem.

Um dos entrevistados descreve o percurso que traçou no interior do referido hospital, durante os primeiros anos em que lá ingressou:

"Saí da cozinha, depois passei para dentro do pavilhão para cuidar dos pacientes em regime de plantão, não é. Ai, já estava um pouco mais adiantado na escola,tudo, fazia a admissão de paciente, transferência, contagem...Depois, cuidava assim dos pacientes que estavam mais doentes clinicamente, para entregar para o médico, não é? Fazia curativo naqueles que tinham feridas e zelava ali do Pavilhão, não é? Limpeza, orientava os pacientes melhores. Porque não tinha muito empregado naquele tempo." (Aux.Enf. C.P., p.2)

Outra entrevistada conta que.

"Era auxiliar de serviço; e não parava em lugar nenhum, porque transferiam a gente. Eu dava 24 por 24. Também (trabalhou) na cozinha, ajudante de cozinha, berçário, lavanderia...Não parava em lugar nenhum. Foram os tempos mais apertados, por que eu tinha que correr atrás dos pacientes. Quando eles apanhavam, eles escapuliam, eles fugiam (...) " (Atend.Enf. G.F., p.1)

Com o tempo, a rotatividade dos funcionários acabou transformando-se numa característica deste processo de trabalho como se observa no exemplo de um dos

funcionários que ingressou como guarda e acabou tornando-se carpinteiro do Hospital-Colônia. Esta rotatividade, talvez motivada pelo pequeno número de funcionários, trazia consequências para o processo de trabalho, na medida em que a passagem por quase todos os setores do hospital, ao mesmo tempo em que possibilitava ao funcionário o conhecimento do funcionamento de vários setores, evitava a especialização em determinadas atividades. Essa forma de organização do trabalho se tornava importante numa instituição que contava com um reduzido número de pessoal.

Enquanto isso, devido à precariedade das condições de trabalho havia uma grande rotatividade de funcionários no Hospital do Juqueri, pois, segundo conta um dos entrevistados, com exceção dos trabalhadores imigrantes de outros estados brasileiros, que encontravam dificuldades para se colocar em outros tipos de ocupação, os paulistanos dificilmente permaneciam trabalhando ali, pelos seguintes motivos:

"Sabe o que é? Eles tinham serviços em São Paulo que ganhavam (recebiam) um pouquinho a mais, não é? Então eles se empregavam aqui no hospital, não é? Mas muitos também não vinham, porque... Muitos chegavam aqui para trabalhar, entravam... Levava o sujeito para a entrevista, passava no meio dos doentes, os doentes vêm todos abraçar, dar a mão... Ah, o sujeito sala daqui tirando o corpo, dizendo: 'Eu não fico aqui não.' E ia embora."

E- Porque o senhor acha que isso acontecia?

"Era um trabalho muito penoso aqui. O penoso era o horário, não é? Mas eu fazia um horário das seis (horas da manhã) às seis (da tarde). Doze horas todos os dias (ênfase). Não tinha esse negócio de fazer doze horas e depois ganhar trinta e seis (horas) não. Hoje parece que faz doze horas e ganha trinta e seis, não é? Tinha só duas folgas por mês. Mas dava gosto trabalhar. Os docentes ajudavam, tinha os pavilhões bem limpos."
(Atend. Enf. J. S., p. 4)

Passa-se agora ao exame da organização espacial destes estabelecimentos psiquiátricos, a partir da qual tentava-se ordenar as "multiplicidades" existentes no interior do espaço asilar e criar condições materiais para que o trabalho de enfermagem pudesse ser realizado segundo os objetivos que lhe era atribuído nas instituições psiquiátricas examinadas.

IV. 2. A organização espacial que servia como base e como instrumento para as práticas de enfermagem

Ao longo do presente estudo já foi diversas vezes assinalada a importância da distribuição espacial como técnica disciplinar. A utilização de tal procedimento como um elemento constituinte do modelo terapêutico adotado pelos hospitais psiquiátricos no referido período é um dos aspectos apreendidos dos relatos. Verifica-se que os entrevistados recorrem constantemente às descrições da organização espacial dos hospitais com o intuito de explicar melhor o trabalho que desenvolviam, de ilustrar as dificuldades que enfrentavam, de falar da forma como se distribuíam nos estabelecimentos. Mas, além disso, as descrições sobre o modo de organização do espaço em que atuavam possibilita uma primeira aproximação das características do trabalho de enfermagem e mais especificamente das atividades que lhes eram destinadas.

Neste sentido, segundo mencionam os entrevistados, o primeiro mecanismo de distribuição dos internos pelo espaço asilar baseava-se na divisão sexual. A separação entre homens e mulheres pelos diferentes pavilhões do Hospício Nacional de Alienados, nos anos 20, é retratada no depoimento de um dos entrevistados da seguinte forma:

"Porque no Hospício era assim: na entrada, a ala esquerda toda era de mulheres. A ala direita era toda de homens, exceto a sessão de neurologia, que eram homens e mulheres juntos. Era um pavilhão que dava para a rua...saída para a rua...não sei se ainda existe este pavilhão lá (...), era assim: o pavilhão de observação era um pavilhão só. Mas, a ala esquerda toda era de mulheres e a ala direita era de homens. Eu nunca entrei (na ala feminina), mas havia uns sujeitos que entravam. Tinham ordem de serviço...tinham que entrar. Os dois pavilhões do fundo, eram o pavilhão de Clínica e de fisiologia. Igual o nosso que era 'Clínica e Fisiologia' (Enfo.Prát. D.C., p.17).

Portanto, à separação sexual dos internos correspondia uma divisão sexual dos agentes responsáveis pelo seu cuidado; o que fazia com que, no cotidiano da vida asilar, os pacientes só tivessem contato com enfermeiros do mesmo sexo nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro.

Dos estabelecimentos do então Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, o Hospício Nacional era o único que continha homens e mulheres internados num mesmo espaço, embora distribuídos pelos pavilhões segundo uma divisão sexual. Em 1938,

sob a alegação de que localizava-se em uma região que se tornara muito próxima do centro urbano, o prédio da Praia Vermelha foi desativado. No trecho reproduzido abaixo, além de referir-se à distribuição dos diversos pavilhões na planta física do Hospício Nacional, o entrevistado dá uma idéia de sua localização em relação ao mapa atual da cidade do Rio de Janeiro:

"(...)do pavilhão de tuberculosos. Ele ficava exatamente onde fica hoje o Canecão. Era aquele cantão ali. Era arredondado assim (gesto), era ali o pavilhão de tuberculosos. Mas, aí, eu vim para outro, vim para o pavilhão da clínica - era o (pavilhão) a seguir. Mas, o administrador mandou que ele me apresentasse na sessão Pinel, sessão de doentes clínicos, doentes mentais. De lá foi que eu vim para a Colônia (Jacarepaguá). Havia sido inaugurado o (pavilhão) Franco da Rocha. Foi o segundo pavilhão inaugurado aqui dentro. O (pavilhão) Rodrigues Caldas era o inicial e o segundo foi o Franco da Rocha."
(Enfo.Prát. D.C., p.3)

Com a desativação do Hospício Nacional, muitos dos seus pacientes foram transferidos para a Colônia de Psicopatas Gustavo Riedel e para a Colônia Juliano Moreira, até então destinada exclusivamente aos internos do sexo masculino. Deste modo, o estabelecimento tornou-se misto e passou a contar também com mulheres na composição de seu pessoal de enfermagem. No entanto estas continuaram afastadas da assistência aos internos do sexo masculino, conforme se vê abaixo:

"As mulheres começaram a trabalhar, aqui, com a inauguração do (pavilhão) Teixeira Brandão. Com a inauguração do Teixeira Brandão, foram feitos três pavilhões juntos: Teixeira Brandão, Bloco Médico e Ulisses Viana. Quer dizer, o Ulisses Viana foi o primeiro a ser inaugurado. Foi transferido todo o pavilhão Franco da Rocha para o Ulisses Viana, que era de homens. E depois fizeram um novo para mulher. Aí é que começou. Mas data certa, certa, eu não tenho não. (...) Mas foi assim que começou. Tanto assim, olha, ainda digo mais, posso dar uma idéia (da data de inauguração e de ingresso de mulheres na Colônia Juliano Moreira). Por que o Getúlio (Vargas) ainda era Presidente da República. Era o Getúlio. Ele veio inaugurar o Franco da Rocha, como o Ulisses Viana. O A. (filho dele) não se lembra, ele era muito pequeno, de colo. Quer dizer que deve ter uns cinquenta e poucos anos. O pessoal estava todo assim (enfiteirado), ele passou naquele corredor, ele vinha... B. (a esposa) estava com o A. pequeninhinho, no colo. Ele (Getúlio) passou, pegou no queixo dele, assim...(risos). E quando ele chegou lá dentro, eu fui lá para dentro (...)". (Enfo.Prát.D.C. p.11)

Nos anos 40 e 50, a mesma situação configurava-se nas colônias do Hospital do Juqueri, onde, segundo os entrevistados, as funcionárias do sexo feminino não assistiam aos internos do sexo masculino e vice-versa:

"Era tudo separado (ênfase). A minha esposa também é aposentada do Juqueri. Mas sempre trabalhou em seção de mulheres, não é? Trabalhavam uns médicos lá com elas, não é? "

E - E vocês não cuidavam das mulheres?

"Nós também não. Recebia muitas mulheres que vinham lá, por exemplo, essas supervisoras. De vez em quando iam lá. Assistente social ia de vez em quando. Eu que recebia elas, não é? Mas mulher, de trabalhar junto não. Hoje é tudo junto, não é? Hoje minhas filhas trabalham lá, é tudo misturado, homem misturado com mulher (risos). Naquele tempo era separado."

E - E quando havia casos de agitações nos pavilhões femininos, nem assim vocês entravam?

"Não, não podia. Elas é que seguravam. Mas homem não podia entrar não. Não podia. Contam um caso aí, não é, que começaram a misturar homem com mulher e tal. Pacientes trabalhando juntos na lavanderia, por exemplo. Mas foi um caso aí que deu um bode (ênfase) com um funcionário aí, que não foi mole. As mulheres trabalhando, tudo junto. E uma paciente ficou grávida lá. Culparam o funcionário. Deu o que fazer. Ele se virou, gastou com advogado para poder quebrar o galho. Ele era inocente, mas é que eles trabalhavam tudo juntos, não é? Esse caso aí eu assisti, inclusive me chamaram lá, para ser testemunha." (Atend.Enf. G.T., p. 12)

Pode-se observar o estado em que se encontravam as colônias do Juqueri nesta época, através do depoimento de outro entrevistado que conta que quando lá ingressou nos anos 40:

"O hospital era dividido em duas partes. O hospital central e as colônias. Fram oito colônias. Todas com 1800, 2000 pacientes. Todos os pavilhões superlotados." (Atend.Enf. I.S., p.12).

Como ocorria nos dois estabelecimentos anteriores, também nos demais as ocupacionais de enfermagem não tinham contato com os pacientes do sexo masculino.

A única exceção mencionada pelos entrevistados refere-se a uma irmã de caridade, que trabalhava nos pavilhões masculinos do Hospital-Colônia de Barbacena, onde os internos eram distribuídos da seguinte forma:

"Lá no Departamento A, lá em cima, porque aqui é Departamento B, não é? Aqui a gente chama de Colônia, que era o antigo Hospital-Colônia. E lá em cima, é o alto da Assistência, que é um bairro que se chama alto da Assistência, porque era a Assistência de Alienados. Então, todo mundo fala: é o alto da Assistência. Tá? Tem o pontilhão que divide. Então, lá (na Assistência) era mulher e aqui (na Colônia) era homem. Depois (nos anos 80) que nós começamos a misturar. Aqui era só homem. Tanto é que aqui não trabalhava mulher. Eu fui a primeira mulher, depois da Irmã, que eles não consideravam mulher, coitada, a Irmã M., a vir para cá. Aqui ninguém queria trabalhar, as outras enfermeiras todas ficavam no Departamento A. Só eu que vim para cá.(...) Porque tinham funcionários que se recusavam a vir trabalhar aqui embaixo, não é? Porque era só homem (ênfase). E tudo pelado, mais de 400 homens dentro do Pavilhão, não tinha comida, não tinha banho. O banho era assim: uma vez por semana abria um buraco que tinha na parede assim (gesto) e aí vinha aquela água. Quando tinha água. Ai, aqueles que quisessem entrar entravam...Era um campo de concentração. Igualzinho a gente vê esses campos de concentração da II Guerra, nos filmes, era a mesma coisa. Aqueles pacientes magros, sabe? Andando assim... procurando comida, ou comendo tudo quanto era sujeira... Era aquilo." (Enfa. V.B., p. 8)

No Hospital Juliano Moreira, em Salvador, a separação dos pacientes era organizada de forma semelhante aos anteriores, mas vale a pena registrar as descrições de sua estrutura arquitetônica, de forma que se possa comparar a diferença retratada por duas antigas funcionárias da seguinte forma:

"Olha, na frente ficavam o pavilhão central, a diretoria, a secretaria, o refeitório dos médicos, o salão verde, que era onde os pacientes recebiam as visitas; no corredor, ficava o almoxarifado; a sala de costura; o setor de enfermagem, onde ficava a chefe de enfermagem; o gabinete do chefe de clínica e o quarto do médico de plantão. Isso tudo embaixo. Em cima, ficava a secretaria; do lado do fundo era o pavilhão São João de Deus. Agora, saindo deste pavilhão, atrás, tinha o Júlio de Matos e o de tuberculosos - mulheres. Ai, tinha o recreio: um pavilhão; o refeitório, que era uma imensidão; tinha o Alfredo Brito, depois...Eram todos cercados, murados, só com portão. E havia um porteiro ali; só para abrir e fechar. Não era tudo aberto não; eram fechados. Agora, saindo do Alfredo Brito, tinha um portão e tinha a cozinha. Aqui, assim (gesto para

mostrar que era ao lado), era o pavilhão Aristides Novis. Andando, em frente, tinha o Adauto Botelho, que era para homens, como o Aristides Novis; agora, este tinha um pavilhão judiciário, um portão que dava no manicômio judiciário. Lá no fundo, havia o pavilhão Kraepelin, que era de mulheres; do outro lado tinha o Antônio Simões, que era o pavilhão de clínica, dos doentes acamados. E do outro lado tinha um, que era fechado também, mas era um salão imenso, que era para música, para os doentes dançarem. Depois (no final dos anos 40), é que fizeram este para música, para bordado, para costura e para as exposições de fim de ano, dos trabalhos dos pacientes." (Vis.San.A.R.F., p. 16)

"Olha, o primeiro que eu trabalhei era o Kraepelin, de feminino, tinha também o Alfredo Brito, o São João de Deus e o Simões. Os pavilhões eram divididos em masculino e feminino e cirurgia. Pavilhão de cirurgia mesmo, fazia operação de cabeça, operação de mioma. Tudo lá, só você vendo. E tinham os pavilhões masculinos: Manoel Vitorino - que era dos pacientes subjudice; Aristides Novis, que era o nome de um dos diretores de lá. Eram quatro pavilhões de homens e cinco de mulheres. Havia mais mulheres do que homens. E isso é tudo." (Aux.Enf.M.G., p.10)

Mas, além da divisão sexual, a distribuição dos pacientes pelos vários pavilhões possibilitava também separá-los de acordo com a sua condição social, conforme ocorria, por exemplo, no Hospital São Pedro. Segundo lê-se a seguir:

"A Divisão Morel era feito nisto. A Divisão Morel era para pensionistas e a Divisão Pinel era para indigentes. A Esquirol era mulher. A Pinel era para homem, a Pinel e a Morel eram só para homem. Esquirol era seção de mulher. (...) A Melame (Klein) foi depois. A Melanie veio em 1960, 61. Bom, mas tinha também no hospital o Serviço de Higiene Mental, o Serviço Aberto, como tratavam." (Enfo. J.C., p. 12)

Do mesmo modo, ocorria no Hospital-Colônia de Barbacena, onde até os anos 70 ainda existia uma ala destinada aos "pagantes":

"E tinha como eu te falei, para os pagantes, mulher e homem."

E - Quando você chegou (no final dos anos 60) ainda tinha?

"Tinha, tinha. Era o que dava lucro para cá, não é? Porque não tinha dinheiro, isso daqui era abandonado, não é? E tinha o de internação, que se chamava Pavilhão de observação, onde chegavam, que eu te falei não é? Um ônibus toda semana com 30, 40 pacientes. Paciente vomitado, com ferida, sujo, com piolho, osso quebrado (indignação na

voz) . *Aí, arrumaram um médico, o médico chegava, passava ECT para todo mundo. Eu devo ter dado uns dois mil ECTs aqui na minha vida ou mais.*" (Enfa.V.B., p.9)

Depois, buscava-se separá-los segundo as patologias estabelecidas nas classificações nosográficas ou de acordo com o tempo de duração da doença:

"(...) Então era assim, cada unidade tinha a sua enfermaria. E existia a enfermaria das crônicas, que era com a Irmã Daniela que cuidava muito por sinal. Até diziam que ela tinha mania por oligofrênicas e idiotas, que tinham um grau de disritmia, tão retardadas, tão último, que já nem eram mais oligo, que a gente chamava até de idiotas, coitadas. Tu vês, antigamente, lá fora, não tinha estas casas de deficientes como tem agora. Traziam para cá e nós aceitávamos. Então, tinha uma enfermaria para esses crônicos e, no mais, existia aqui no São Pedro, que eu achava uma coisa muito boa, existiam três classes. Existia primeira classe; segunda classe; e os indigentes e tinha o IPE (Instituto Previdenciário do Estado), que é a pessoa que era funcionário, que os familiares baixavam aqui. Tanto para homens como para mulheres. Tanto assim que, a primeira classe era a Divisão Morel. Tanto Morel para os homens como Morel para as mulheres. E muitos que vinham aqui ficavam nos indigentes e quando abria vaga na primeira classe, os que queriam primeira classe, o quarto era individual, com seu armário, bonitinho. Só que quando estas doentes estavam em surto, tinham sua sala também, onde elas ficavam naquela sala o tempo todo. Quando elas iam para o quarto é que já estavam bem.(...). E os homens também tem seus pavilhões." (Ir.P.C., p. 7-8)

Um dos médicos entrevistados, que atuou naquele estabelecimento psiquiátrico no final dos anos 30 e na década de 40, relata a distribuição dos pacientes no interior dos pavilhões do Hospital São Pedro, relacionando-a com a trajetória - ou a carreira psiquiátrica, para utilizar uma expressão cunhada por Goffman (1974) - que o paciente percorria no interior da instituição, no referido período:

"O Hospital todo era dividido numa seção de agudos, depois numa seção de pessoas que estavam em tratamento, que estavam lá há menos de um ano e, depois, uma grande massa de crônicos, uma grande parte no próprio Hospital São Pedro e outra parte no que se chamava Colônia Agrícola, que era uma dependência. Hoje não mais existe, a cidade invadiu. Mas era onde aqueles que poderiam fazer qualquer coisa, do tipo de agricultura...Faziam não como uma laborterapia bem elaborada, mas como uma maneira de passar o tempo, em vez de ficarem enjaulados." (Dr R.M., p.11)

Assim, no Hospital São Pedro o ordenamento espacial pautava-se pela separação de pacientes em relação as formas de apresentação da doença mental e ao tempo de internação. A distribuição dos mesmos pelos diferentes locais refletia o propósito de adequar a estrutura física às ações terapêuticas destinadas a cada forma de evolução da doença. Neste sentido, a Colônia Agrícola e diversos pavilhões do hospital eram destinados aos chamados pacientes crônicos, enquanto os em quadro agudo, separados daqueles, recebiam um tratamento diferenciado a fim de que se pudesse melhor conhecê-los e classificá-los.

Em compensação, no Hospital do Juqueri e no Hospital-Colônia de Barbacena (até os anos 70), ainda havia uma distribuição de pacientes por pavilhões baseada em critérios bem pouco médicos, que lembram as classificações utilizadas no final do século XIX, nos primeiros hospícios:

"(As colônias do Juqueri) Era dividido. Tinha o pavilhão dos sujos, o pavilhão dos limpos, o pavilhão dos mansos. Os mais asseados, lá, eram separados, não é? Tinham sete pavilhões. O sétimo pavilhão era dos sujos. Nós falávamos, com o perdão da palavra, os cagões. Você, de manhã, assim... Nossa Senhora (ênfase). Que coisa imunda. Trabalhei uns quatro dias lá. Era o castigo." (Atend. Enf. G.T., p.9)

"Os piores que eles achavam, tinha um Pavilhão que era só das rasgadeiras. O Pavilhão das rasgadeiras, ele acabou, ele caiu, sabe? Era assim, era geminado. Tinha o Júlio de Moura que era o pavilhão - aqui, todos (ênfase) os Pavilhões têm nome de Governador de Minas, tá? Todos (ênfase) - (...) Isto é característica, acho que não tem jeito de tirar isso. Então, tinha o Júlio de Moura e o Rodrigues Caldas. Rodrigues Caldas era das pacientes rasgadeiras (ênfase). Eram aquelas que rasgavam as roupas. Que rasgavam os vestidos, então eles falavam as rasgadeiras. Só ficavam nuas. Eram trezentos pacientes. Daquelas de agressão, muito psicótico, sabe? E do outro lado, no outro pavilhão eram as melhores. Essas não rasgavam roupa, as que rasgavam roupa iam para lá. "

E - Quer dizer que os critérios para divisão não eram as patologias?

"Não (ênfase), não, não. Não tinha nada disso não. Separavam as que eram rasgadeiras, os aleijados. Tinha os aleijados. Isto sempre teve, sabe, os pacientes aleijados. Não olhavam se eram deficientes não. Tudo era aleijado para eles. Isto sempre teve. De homem e de mulher. Agora, atualmente estão juntos, sabe? E vai ser o Hospital de Reabilitação que eles estão tentando fazer aqui. Tinha a Enfermaria, onde atendiam as

intercorrências, não é? Era onde tinha mais recursos. Tinha este Pavilhão, tinha o de internação, lá em cima." (Enfa.V.B., p.9)

Como na Colônia do Engenho de Dentro, também no Hospital São Pedro havia salas especiais nos pavilhões para o acompanhamento de casos agudos, de acordo com o que expõe a seguir o entrevistado:

"Tínhamos lá as salas, salas chamadas especiais, dos agitados. No caso dos homens - haviam duas para os homens - e que eram uma espécie de CTI, onde eles lá ficavam para não atentarem contra si próprios e para algumas terapêuticas que eram consideradas necessárias. É lógico que isto nos chamava atenção, pois em meio àqueles que jogavam coisas na gente, nos alunos de Medicina, haviam dois ou três que ficavam quietinhos, sossegadinhos e quando dávamos as costas...Daqui a pouco eles apareciam enforcados nos lençóis, ou coisas deste tipo." (Dr. R.M., p.11)

Neste sentido, a existência de espaços destinados à observação e à contenção de pacientes em quadros agudos foi um traço característico da organização espacial das instituições psiquiátricas tanto no Rio de Janeiro quanto em Porto Alegre, apesar do modo distinto de edificação das mesmas.

Além disso, todos os cinco estabelecimentos possuíam pavilhões clínicos e cirúrgicos, para onde eram encaminhados os internos que necessitassem de intervenções e de cuidados relacionados àquelas especialidades médicas.

"O Antônio Simões era um pavilhão clínico, mas só os casos mais difíceis que iam para o Antônio Simões. Quer dizer, a paciente estava acamada, doente, não podia ficar no meio das outras, ela saía dali e ia para o Simões, num caso que necessitasse de maiores cuidados. Agora, eu, quando trabalhava no Júlio de Matos, eu cuidava tão bem das minhas pacientes acamadas - havia muitas velhas -, eu nem mandava para o (pavilhão) Antônio Simões.(...) Se tivesse que ficar boa, ficava lá, agora, se fosse caso de piorar mesmo, de morrer, ia para o Simões. Era assim. Lá havia o médico clínico só para esses casos." (Aux. Enf. M. G., p.10)

"Lá, eles tinham o tratamento clínico, ali tinha a medicação, a enfermeira, a alimentação, tudo ali."

E - Mas, em geral, era que tipo de doença?

"Às vezes, era problema de fígado, de rim, porque loucura não mata ninguém não (risos). Às vezes, era anemia, fratura, tratamento clínico, não sabe? Então, no Simões tinha a ala d mulheres e tinha a ala de homens. Ai, quem tomava conta era o Dr. Ari e os internos e, nesse tempo (início de 50), já tinha também enfermeira de alto padrão." (Vis. San. A.R.F., p. 8)

Afora isso, havia nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Salvador prédios destinados a abrigar pacientes tuberculosos ou portadores de outras moléstias infecto-contagiosas, o que retrata a preocupação em isolá-los dos demais a fim de evitar a propagação destas doenças entre o conjunto da população dos manicômios, onde as condições sanitárias eram extremamente precárias. Outra separação utilizada era a de isolar "alcoólatras" e "toxicômanos" - denominação empregada na época - dos demais pacientes. Em Porto Alegre, por exemplo, o entendimento de que por suas características os alcoolistas mereciam um tratamento diferenciado, fez com que se optasse pela separação destes indivíduos dos demais pacientes pelos motivos que um dos entrevistados assinala abaixo:

"Mas deixa eu te falar agora sobre o São Pedro, do novo (...) Tu sabias que o São Pedro, hoje, o Dionélio Machado que fez um pavilhão separado para alcoolistas. Sabe por quê? O alcoolista, junto com os outros doentes, era uma verdadeira calamidade. Porque ele aproveitava tudo do paciente, principalmente o oligofrênico, não é? Então, ele se servia deles de tudo quanto era maneira. Tirava a alimentação dele, tirava, é, se os visitantes traziam uma fruta, uma coisa eles tiravam. De noite, eles se servia como mulher. Ai que veio o homossexualismo dentro do São Pedro, mais por causa disso. Então, a gente, por isso te digo: o que vale é a pessoa ter conhecimento. Não só na prática, mas na parte teórica era importante. E é o que nós transmitamos, essas coisas para o médico, para a Direção do Hospital. Então, por isso o Dr. Jacintho Godoy disse que tinha que fazer um pavilhão separado para tirar esta gente: 'Se vocês querem se servir, então vocês se servem entre vocês mesmos. Lá, vamos ver, entende? E vou te dizer mais uma coisa à senhora, tinha um pavilhão separado, tu sabias? Foi feito por causa disto. Porque era, olha, vou te dizer uma coisa: era uma calamidade. Eu trabalhei muitos anos como enfermeiro-mor. De noite, era eu e tinha um outro enfermeiro. Então, este Dr. Celso Papaleo, grande psiquiatra que ele era, salvou muito maluco mesmo, louco mesmo. " (Enfo. J.C., p. 67)

Nos anos 30, no Hospital do Juqueri e no Hospital Colônia de Barbacena, e nos anos 40, na Colônia Juliano Moreira, foram construídos prédios especificamente para as crianças internadas, com o intuito, obviamente, de isolá-las dos adultos.

O último aspecto relacionado com a organização arquitetônica dos hospícios e o trabalho da enfermagem que emerge dos depoimentos é a relação existente entre as atividades desenvolvidas nos pavilhões e as realizadas nos demais setores do hospital. Além da preocupação em estruturá-los de tal forma que os pacientes de um pavilhão não tivessem contato com os de outro, o modo de organização adotado possibilitava que os diversos setores funcionassem interligados e dispensava qualquer forma de contato com o mundo externo, na medida em que dispunha-se da totalidade dos recursos necessários à realização das intervenções terapêuticas e à manutenção da vida nos próprios estabelecimentos. Segundo uma entrevistada:

"A medicação era toda manipulada pelo Hospital São Pedro mesmo. A farmácia, aqui, eram feitas as ampolas, feitos os soros. Tinha a farmácia, tinha o ambulatório. A medicação era toda feita aqui, os soros eram todos feitos aqui. O Veramom que se chamava de, a aspirina agora, era feita aqui, numa capsulzinha, que ficava colando, não é. Eu sei que no dia de soro a gente levantava bem de madrugada, porque aquele dia era só para fazer soro. E aqui também funcionava o laboratório. Os reagentes para exame de Wasserman e outras coisas reagentes nós tínhamos aqui. Nós tínhamos os carneiros, tinha os porquinhos da Índia, tinha os bichinhos com que a gente tirava o material para fazer os reagentes dos exames. E tinha toda essa bicharada aqui. E, como também, não sei se vem ao caso agora, existia até os bichos-da-seda e estas amoreiras que estão ainda plantadas aí é porque os bihos-da-seda viviam nas amoreiras. E quando tiravam a seda eram tecidas, assim, uma linha com uma roca e as pacientes faziam filetes e aí eram feitos os bordados, que até hoje tem por aí. Isso tudo, aos poucos, foi terminando. (...) Aí começou a vir medicação de fora, foi diminuindo. Mas a farmácia aqui sempre manipulava os soros, os xaropes, outras ampolas de medicação, faziam-se as ampolas aqui e os exames eram feitos todos aqui. Transfusão de sangue. O sangue era... quando fazia as transfusões a gente tirava, fazia a tipagem, a gente tirava de uma paciente, várias vezes mais possante, já era feita a transfusão para uma outra paciente que estava precisando. Na hora mesmo, era feito aqui, claro, com indicação médica, mas pela enfermagem." (lr.P., p.5)

E continua, contando que:

"Quanto à farmácia, vinham os vidros e a gente pedia xarope, pedia sulfato, pedia fortificante e os vidros eram devolvidos na farmácia. Havia pacientes que lavavam estes vidros, tinha auto-clave, eram esterilizados os frascos. Tínhamos a cirurgia, que funcionava muito bem. Nos doentes, qualquer coisa que acontecia aqui, ou que elas quebrassem uma perna, fraturassem uma perna, assim, em alguma briga, que elas se pisassem, era feita a sutura aqui, era feito...Tinha o serviço de traumatologia aqui, que era maravilhoso, de gesso. E até funcionários eram operados aqui. Inclusive nós mesmas, nós fazíamos aqui as nossas cirurgias. Os pacientes que tinham aqui, graves...Porque naquele tempo era gravíssimo, ia ser um escândalo se alguém morresse aqui dentro. Agora já é normal. Tinha maternidade, tinha berçário. Se precisasse fazer uma cesárea, era comunicada a família e eles vinham buscar a mãe. E se precisasse continuar aqui, ou se ela não ligava, buscava a criança e o berçário funcionava e tudo o mais. Tinha oftalmologia, dentista, otorrino. Não tinha necessidade dos doentes saírem. Justamente por serem doentes mentais tinha tudo aqui, porque eles não tinham condições de serem transportados para outros hospitais. Eu acho, agora, não me conformo de ver esta degradação, retrocesso, porque, pelo contrário, às vezes vinham pacientes dos hospitais clínicos, que faziam parto, cirurgia, e depois ficavam confusas, com agitação psicomotora. Às vezes, eram transferidas para cá para fazer o pós operatório na nossa cirurgia, aqui em cima. É que lá (no hospital clínico), quando uma doente estava assim em confusão não dava para você ficar mimando. Tinha que deixar chorar e se fazia calmante, porque ela estava agitada. Ai, ela ficava toda naquela tranquilidade. Então, a gente aqui era amigo, em casos de doente mental dava para mantê-la, ela mesma, consciente. Ao passo que, num hospital de clínica, numa Santa Casa, ela não podia ficar numa enfermaria, numa sala de recuperação, junto com as outras. Então, era melhor ela entrar aqui e melhorar. Eu cansei de receber doentes assim, com cirurgia." (Ir.P.C., p.11-13).

No Hospital Juliano Moreira, por exemplo:

E- E era muito longe um pavilhão do outro?

"Não, não era muito não. O Juliano era enorme, era tipo uma fazenda, grande assim (gesto). Agora, era pavilhão aqui, pavilhão ali. Você andava. Almoxarifado, farmácia, diretoria era lá na frente. Tudo assim. Não era como é aqui (prédio atual do Hospital Juliano Moreira), tudo aqui dentro. Não; era tudo separado: cozinha, dispensa, era tudo separado. Você andava, ia andando, ia em tal lugar." (Aux.Enf. M.G., p.11)

A distribuição dos indivíduos de acordo com os critérios assinalados até aqui era um dos mecanismos fundamentais para a realização do trabalho de enfermagem, na medida em que possibilitava aos seus agentes conhecer os internos, exercer uma maior vigilância sobre eles, identificar os que mais necessitavam de seus cuidados e evitar a expressão de comportamentos agressivos, enfim, operar o poder disciplinar. Mas, junto com isso, permitia-lhes ordenar minimamente um espaço que tendia a se tornar caótico em decorrência da superlotação dos pavilhões, inviabilizando o trabalho da enfermagem, como se depreende do depoimento de uma entrevistada que atuava no Hospital São Pedro:

"Cada unidade tinha a sua enfermaria. Na (Divisão) Kraepelin havia a sua enfermaria e na (Divisão) Esquirol tinha a sua enfermaria. A Divisão Esquirol era a Divisão das mulheres crônicas, porque só depois foi feita a Kraepelin. Antes existia só a Esquirol. Mas aí, a gente via que era muita mistura e para achar uma doente aguda -era muito difícil. Embora, nós tínhamos uma sala que todas as doentes que entravam, ficavam naquela sala até serem vistas pelo médico e até estarem em condições de conviver com as outras no pátio. Para proteção delas e proteção das outras pacientes, para evitar as brigas. E também evitar de perdê-las. Cada setor nós tínhamos uma sala. Não é assim, uma sala de quatro paredes, era uma sala assim, tipo pavilhãozinho, que tinham seus quartos, suas dependências. Eram chamadas salas. Isso que eu estou falando era tanto na ala feminina como na ala masculina. Nós achávamos muito importante cada uma ter a própria enfermaria, porque a gente já conhecia o doente, já sabia que era tratado com um psiquiatra. Porque, agora, uma enfermaria central assim, então vai doentes de várias unidades e não é assim conhecido como, por exemplo, se eu tenho, uma doente lá da (Divisão) Kraepelin, eu sei que ela estava bem; estava acompanhando. E ela começou a emagrecer, eu observei. Aí, são feitos os exames, a gente coloca na enfermaria e faz os exames, vê o que tem e trata." (Ir.P.C., p.5-6)

Pelo que foi exposto até aqui, nota-se que, em seus depoimentos, os entrevistados estabeleciam uma relação direta entre a planta física do estabelecimento e a funcionalidade da mesma, bem como davam maior ênfase do que os demais profissionais ao relato das modificações que as construções originais sofreram com o passar dos anos. Não é demais assinalar que isto não se deu por acaso. Ao contrário, a relação apresentada pelos informantes corresponde ao papel que a psiquiatria atribuía à organização arquitetônica dos hospitais psiquiátricos como um elemento constituinte do projeto terapêutico, conforme já se discutiu antes. No entanto, a deterioração da estrutura arquitetônica original, (em decorrência da falta de recursos financeiros para sua manutenção e da permanente

superlotação dos pavilhões), constituía uma ameaça permanente à implementação daquele projeto, fazendo com que os trabalhadores de enfermagem identificassem a ampliação das instalações físicas como uma condição necessária à realização de seu trabalho.

Passa-se, agora, à análise do modo de participação da enfermagem na implementação dos métodos terapêuticos adotados nas instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Salvador e Barbacena nas décadas de 20 a 50.

IV.3. A participação da enfermagem na implementação os tratamentos psiquiátricos.

Desde os primórdios da assistência psiquiátrica, a enfermagem teve um papel fundamental na implementação dos tratamentos psiquiátricos.

Conforme discutido no capítulo anterior, nos anos vinte e trinta, aos agentes de enfermagem era atribuída uma posição destacada na implementação do tratamento moral.

A entrevistada, que trabalhou no Engenho de Dentro de 1920 a 1928, contou que os métodos de tratamento existentes naquele período consistiam exclusivamente no isolamento social, na separação dos doentes de acordo com a classificação então empregada: calmos/agitados, agudos/crônicos; no uso da hidroterapia em casos de agitação; e na utilização da laborterapia. Cabia à enfermagem a vigilância e a observação do comportamento das pacientes, cujas alterações deveriam ser comunicadas aos médicos. Quando alguma paciente apresentasse sinais de agitação, a enfermeira deveria intervir e isolá-la das demais levando-a para uma sala especial, a Sala Paulo Costa. Esta sala era destinada ao tratamento de pacientes agitadas e nela a paciente era submetida à hidroterapia, que era o método escolhido em casos de agitação psicomotora e comportamentos "inadequados". Segundo uma entrevistada, nestes casos, às vezes eram administrados medicamentos, por via injetável, cujo nome não lembra. Ela sintetiza suas atribuições na lida cotidiana com as internas da seguinte forma:

"(...) Eram quarenta doentes na enfermaria. Uma guarda num canto, outra no outro, dormindo com elas para tomar conta. Mas tinha muita epilética, sabe? Muita epilética também doente. E nós tomávamos conta, quando elas ficavam alteradas. Mesmo...a gente tinha que dar injeções para elas se acalmarem e dar um banho de hora, como chamavam. Botava as doentes naquela banheira de água bem morna e elas ficavam ali tempo

(ênfase)...ate se acalmar. Ai nós tirávamos e enxugávamos, vestia e botava na cama.(..), a gente tinha o termômetro para ir vendo a temperatura da água. E é assim, nós tratávamos das doentes assim. Dávamos serviço para elas, para elas distraírem. Umas queriam capinagem e a gente ficava tomando conta delas lá no jardim. Outras queriam ir para a sala de costura, mas às vezes elas assustavam, com raiva, e rasgavam todo pano que estavam bordando." (Enfa.M.P., p.3)

Do que se depreende do trecho acima, as medidas a serem tomadas nos casos em que houvesse uma alteração no comportamento das internas eram estabelecidas pelo próprio pessoal de enfermagem. Nota-se, ainda, que as condutas descritas acima correspondem aos princípios que orientavam o tratamento moral, no que dizia respeito ao isolamento dos pacientes que apresentassem comportamentos considerados perturbados, como no caso das crises de agitação; à utilização da laborterapia, com o intuito de manter o doente ocupado com alguma atividade para evitar perturbações na rotina do ambiente hospitalar e distrai-lo de seus delírios; ao emprego da hidroterapia, que era a terapêutica indicada para os casos de agitação, pelos efeitos de sedação e contenção que os psiquiatras atribuíam a este tratamento.

Um entrevistado que trabalhou no Hospício Nacional, na segunda metade dos anos 20, e na Colônia Juliano Moreira a partir de 1928, complementa as informações sobre as formas de tratamento empregadas naqueles hospitais psiquiátricos. Cita a administração de injeções de azul de metileno; o emprego da casa forte, que era um tipo de cela utilizada para a contenção de pacientes agitados (agressivos), e a administração de medicamentos através do canal raquiano. E explica que, na época, a hidroterapia era um dos poucos recursos que se possuía para o tratamento dos doentes mentais:

"Naquele tempo não existia nada para acalmar, o calmante dos doentes era uma bacia d'agua bem quente e um pano cheio d'agua bem fria na cabeça". (Enfo.Prát. D.C., p.12)

O depoimento de uma das enfermeiras diplomadas pela Escola Alfredo Pinto, mostra que os métodos utilizados nos anos 30 na Colônia do Engenho de Dentro não diferiam dos utilizados na década anterior. No entanto, ela oferece informações a respeito das condutas empregadas com relação às pacientes ditas crônicas, mostrando a diferenciação que, segundo ela, estabelecia-se entre a clientela da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro e a do Hospício Nacional de Alienados:

"Bom, tinha duas espécies de doentes mentais. Tinha as doentes crônicas, que eram doentes mansas, que não faziam nada e ficavam soltas ali. E tinha as doentes furiosas, agitadas e tinha o pavilhão delas. E elas não podiam sair de lá do Pavilhão. Eram agitadas.(...) Ai na Praia Vermelha é que as doentes vinham cair. Eles examinavam e aquelas piores é que mandavam lá para o Engenho de Dentro e não tinha tratamento. E as outras (as curáveis) ficavam fazendo tratamento, mandavam embora e tal. Mas as perigosas iam para lá.(...) Tinha uma (paciente) agitadíssima, agitadíssima (...) então tinha que colocar ela numa banheira com água(...)tratava com banho quente e tinha uma que dava calmante". (Enfa.P.B., p.5.)

A mesma entrevistada relata ainda que as pacientes crônicas eram mantidas, durante o dia, sem qualquer atividade nos pátios da Colônia, o que sugere a diminuição do uso da laborterapia como método terapêutico nos anos 30, naquele estabelecimento. Em compensação, neste período, o pessoal de enfermagem passa a dividir algumas das suas atribuições com as próprias internas. Segundo a entrevistada, as doentes "melhores" encarregavam-se do cuidado das "piores", levando-as ao refeitório no horário da alimentação, pois, devido ao número excessivo de mulheres internadas naquele estabelecimento, as enfermeiras não conseguiam cuidar diretamente de todas. Citou também como forma de tratamento os exames laboratoriais, que eram, na realidade, realizados com finalidade diagnóstica, embora tenham sido considerados como recursos terapêuticos pelos entrevistados.

Através do relato dos tratamentos empregados nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, nos anos 20 e 30, os quatro depoimentos retratam a participação da enfermagem na implementação dos mesmos e possibilitam identificar as características que esta apresentava.

Observa-se que a participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos nos anos 20 e 30 caracterizou-se principalmente pela vigilância, observação e controle do comportamento dos pacientes - através da aplicação das medidas de contenção física -, bem como pela execução de cuidados de enfermagem complementares à clínica médica (controle de sinais vitais, higiene, alimentação). Assim, na prática, cabia especificamente ao pessoal de enfermagem identificar e providenciar a separação dos pacientes agitados dos calmos e a decisão do isolamento dos primeiros em salas especiais; manter e controlar a divisão entre pacientes crônicos e agudos; implementar a laborterapia, executar a administração de medicamentos e de hidroterapia, prescritos pelo médico, aos pacientes agitados.

Neste sentido, havia uma estreita articulação entre as práticas de enfermagem e as práticas médicas. No entanto, se teoricamente competia aos alienistas a prescrição dos meios terapêuticos e a delegação da execução destes ao pessoal de enfermagem, na realidade eram os últimos que definiam em que momento e quais procedimentos deveriam ser utilizados para conter as manifestações de agitação dos internos.

Sem dúvida, nas décadas seguintes, as características acima continuaram permeando as práticas de enfermagem desenvolvidas nas cinco instituições aqui analisadas. A elas somaram-se outras atribuições relacionadas com a introdução das terapias somáticas e das socioterapias, cuja aplicação, com o passar dos anos, foi sendo gradativamente delegada ao pessoal de enfermagem, conforme demonstrar-se-á a seguir.

No entanto, nos anos 40, concomitantemente à implementação das terapias orgânicas e da praxiterapia, nas instituições psiquiátricas continuava-se empregando os recursos oriundos do tratamento moral.

Ao contrário do que leva a crer uma certa corrente da história da psiquiatria, os depoimentos do pessoal de enfermagem indicam que os meios de disciplinamento herdados do tratamento moral não foram abandonados nem substituídos por procedimentos cientificamente embasados e ditos modernos naquela época.

Como mostram os entrevistados de Porto Alegre, o emprego da hidroterapia - introduzido efetivamente no Hospital São Pedro nos anos 20 - persistiu até os anos 50, de acordo com o que expõem a seguir:

"Mas, o doente mental nesta época, não existia, Dêhora, assim tratamento específico. Não existia. O que existia, quando o doente era muito agitado era o banho. Banho de imersão, que era feito numa temperatura de 37 ou 37,5º C na água. Se colocava o paciente lá dentro e dois enfermeiros seguravam uma média uma hora e meia, duas horas, o paciente dentro daquela água, sempre observando a temperatura, não é? Quando a gente conseguia, tirava o paciente de dentro da banheira, tanto o paciente como a gente. A gente tinha que se deitar um pouco, porque não aguentava a força---Porque a gente, segurar um paciente agitado dentro de uma banheira, tu imagines o trabalho (ênfase). Durante uma hora e meia, duas horas (...) Não tinha tratamento, não existia remédio."
(Enfo. J.C., p. 39)

"O tratamento, naquele tempo, em 51, quando eu entrei aqui, ele era deficiente. Ele tinha a hidroterapia, que era o tratamento mais antigo, que eram banhos de água quente e fria."

Eram dois banheiros. Tinham termômetros para ver a temperatura da água. Ai, a gente se amassava bastante, porque doentes agitados, entrar numa banheira e colocar na outra, era um exercício (ênfase)." (I.P.C., p. 1)

Portanto, também no Hospital São Pedro, a realização da hidroterapia era uma atividade pertinente à enfermagem, sendo um recurso que demandava do enfermeiro(a) um certo grau de esforço físico.

Ao mesmo tempo, as celas-fortes, a camisa de força e as faixas para contenção física continuaram sendo utilizadas pelo pessoal de enfermagem como um recurso terapêutico, com a concordância dos psiquiatras.

Ela procura analisar no mesmo depoimento a situação em que se encontravam os doentes mentais e os estabelecimentos psiquiátricos, relacionando-a com a necessidade que havia de utilizar os tratamentos que mencionou, ao mesmo tempo em que mostra as críticas que já naquela época alguns psiquiatras faziam aos limites dos métodos terapêuticos que empregavam e às condições de tratamento existentes nos estabelecimentos psiquiátricos, que a entrevistada descreve assim:

"(...), como era precário o tratamento aos doentes mentais, tão precário que os doentes internavam-se, saíam do hospital, mas logo depois se reinternavam e aí era o começo de uma longa série de internações. Por isso, Nise (Silveira) percebendo isto, como eu na minha experiência psiquiátrica, me chocava muitíssimo. Os doentes saíam em condições mais ou menos razoáveis, mas daqui a dois, três, quatro meses, o tempo variava um pouco, mas o fato é que a reinternação era fatal. Então, isso é... acho que é como carregar água em cesto. A gente tratava o doente com todo carinho, com todo interesse. Mas quando ele voltava para casa era um desânimo, uma desadaptação à família, com a sociedade.(...) Resultado: o doente ia ao hospital, se reinternava e aí tinha dez, doze, quinze internações até ficar como hóspede definitivo, como era a situação quando eu comecei a trabalhar no Engenho de Dentro. E aí o final você...via que sentia como a última experiência, última residência. (Por)Que naquela ocasião, embora tivesse bons médicos e bons diretores, mas (a Colônia) abrigava um número de doentes que não era possível uma pessoa só dar conta de todos os clientes. Então, muitos ficavam abandonados, assim mesmo. Você entrava na Colônia, ou andava ao redor da colônia, nas ruas mesmo de Jacarepaguá, você encontrava muitos doentes com o uniforme da colônia, passeando pelas ruas de Jacarepaguá.(...)". (Dra. A.M., p.13)

A situação de abandono a que estavam entregues os doentes internados naqueles hospitais, a superlotação dos mesmos e a carência de equipamentos que os caracterizava, conforme mostra a transcrição acima, somava-se às outras dificuldades existentes na época, relatadas pelo auxiliar de enfermagem, no trecho reproduzido abaixo:

"E foram tratamentos em épocas que a medicina não tinha esse avanço que tem hoje. Nós tínhamos, na época, tratamentos que podriam dar, mas não assim com a eficiência de hoje, porque hoje os conhecimentos são maiores e mais amplos, os medicamentos são muito mais fáceis (de obter) do que na época, (por)que muitas das vezes tinha que mandar o medicamento vir de fora (do exterior). Hoje é tudo feito aqui, muito raro de vir um tratamento para o paciente psiquiátrico do exterior." (Aux.Enf.A.B., p.15)

Em seu depoimento, ele procura explicar os motivos que na sua opinião levavam ao isolamento social do doente e a utilização do castigo e dos meios físicos para contenção dos pacientes, dentre os quais os quartos fortes, que, como ele mesmo conta, foram mantidos em funcionamento, na Colônia Juliano Moreira, até meados dos anos 70:

*" (...), (por) que naquela época não existia um doente mental solto na rua, todos eles estavam hospitalizados e estavam sendo cuidados. De forma que muitos deles (os atuais profissionais de saúde mental), hoje, com a psiquiatria moderna, acham que naquela época se castigavam os doentes. Mas não é castigar o paciente, o paciente nunca foi, do meu ponto de vista, castigado por um funcionário, médico, enfermeiro, ou por um auxiliar, atendente, jamais (ênfase). Acho que tudo que se faz, o que eles recebiam era em benefício dele, doente mental. Muitas das vezes, tínhamos o quarto forte, como eles tratavam antigamente; que em casa de saúde particular, que eu também já tive oportunidade de trabalhar, trata-se de um quarto de contenção. Mas no Hospício, ou na própria Colônia (Juliano Moreira), no Engenho de Dentro, trata-se (pelo) nome de quarto forte. Este é o nome empregado realmente. Na realidade, olhando bem, o quarto forte parece uma cela. Só que muitas vezes, ele (o doente) estando ali, sendo contido por horas, minutos, ou dias, não sei... está trazendo benefício para ele e para o outro. Porque se eles brigam, eles se ferem, então o que se faz neste caso? **Isola um deles, um em cada parte, porque se deixar eles na enfermaria com os demais vai acontecer o quê? Um acidente, porque eles vão brigar, se atacar, se agarrar.**(...) porque eu me lembro que em 1943, eu, nós tínhamos uma enfermaria com uns oitenta a cem pacientes. Numa enfermaria só, teve um deles que brigou, estava muito agitado. Então, nós fomos recolher para colocar num destes quartos fortes e não tínhamos um quarto (forte) vago e no final, eles acabaram... Um matou o outro. Então, foi ainda a socos e ponta-pés, quando ele foi para a*

enfermaria, foi socorrido e acabou sucumbindo daquilo, acabou falecendo. E isto só ocorreu porque nós não tínhamos meios de separá-los, de contê-los. E, à noite, tinha que esperar chegar o médico para sedá-lo." (Aux. Enf. A.B., p.3)(grifo nosso)

Como este informante, outros agentes de enfermagem procuram atenuar a importância da cela forte enquanto instrumento de sujeição das manifestações de agressividade dos internos e como recurso para evitar as desordens dentro dos pavilhões, através do uso da força física, sob o argumento de que ela colocava-se como um meio para proteção dos internos. Veja-se o que diz um informante de Barbacena:

"Mas de remédio, às vezes um doente não queria ir para uma cela, aí... Conforme, acabou (a cela), não é? Acabou a cela. O doente ia para uma cela, mas para proteger ele e proteger os que estavam lá no pátio, lá andando. Porque não tinha briga, não tinha nada, mas não era para judiar nem nada. Então falam, correu por aí um boato, a gente via pela televisão, pelo rádio. Mas alguma coisa que passavam lá, que falavam (nas reportagens de televisão), a gente mesmo achava um pouco estranho. Pela televisão, é muito horrroso as coisas lá que passam também, em todos os hospitais.(...) " (G. J.R., p. 5)

O emprego da contenção física em celas era uma prática, cujo sentido estava carregado de violência, tanto que alguns entrevistados pareciam procurar amenizar o que concretamente ocorria, ao dizer que, na televisão, a visão das celas era "algo horrroso", sugerindo que as imagens veiculadas nos meios de comunicação não correspondiam à realidade.

Neste sentido, o discurso do pessoal de enfermagem apenas atualiza o discurso dos alienistas do século XIX e início do século XX. O emprego da repressão não é mais justificado como um modo de submeter os internos incapazes de controlar as paixões, mas como um meio de protegê-los de si mesmos e de outros que, como ele, são incapazes de controlar seus próprios sentimentos e comportamentos.

De todo modo, o que se pode apreender dos depoimentos é que a manipulação destes recursos terapêuticos pela enfermagem possibilitava-lhe exercer a disciplina, manter a ordem no espaço asilar e prevenir distúrbios que a ameaçassem, quando provocados por manifestações de agressividade dos doentes e por situações de agitação nos pavilhões.

Assim, o uso da cela forte constituía um importante instrumento para viabilizar a intervenção do pessoal de enfermagem, diante da inexistência de outros meios por eles considerados mais eficazes para controlar os pacientes. Sem levar em conta que até os anos

50 não se dispunha dos meios químicos para contenção, eles tendem a equipará-la aos psicofármacos:

"Agora, remédio, no princípio lá, costumava faltar remédios, de calmante para eles. Então costumava dar, mas é conforme lhe falei, ficava na cela"

E- E o que vocês faziam, quando faltavam remédios?

"Quando faltava remédio para deixar até a noite, para deixar dormir, punha na cela. Ultimamente acabou isso. Não existe mais também. Mas o remédio melhor era este, para não deixar ele judiarem com os que estavam às vezes dormindo ou qualquer coisa. Porque brigavam mesmo, uai. Paciente com outro brigava, não é? Então tinham essas coisas. O remédio era a cela (riso)." (G.J. R., p. 7)

Os informantes do Hospital-Colônia de Barbacena expõem de modo mais ou menos explícito em cada depoimento, a utilização das celas como o instrumento de eleição nos casos em que os internados não se subordinassem às ordens, isto é, quando houvesse agressão física aos funcionários ou aos outros internados.

Uma delas sugere que a introdução na cela era um procedimento marcado pelo uso da força física e moral, na medida em que, segundo ela relata:

"Havia naquela época celas, não é? Porque eram muitos pacientes, muito agitados. Então, se precisasse (ênfase), a gente tinha que colocar. A gente tinha que ir lá no quarto chamar a outra para ajudar a gente a colocar na cela." (Atend.Enf.M. da A., p. 4) (grifo nosso)

Uma das antigas guardas do Hospital-Colônia de Barbacena descreve as condições em que viviam os pacientes nas celas e os cuidados que recebiam da enfermagem nestes casos:

"No meu tempo, tinha uma outra paciente também, que era a Irmã de Caridade que cuidava dela. Foi no meu tempo que tinha Irmã de Caridade aqui. Ela (a paciente) vivia quase que praticamente dentro de uma cela. Mas a cela era limpa. Nós éramos... A Irmã ficava na porta, assim (gesto para mostrar os braços cruzados) e nós entrávamos lá dentro. Fazíamos limpeza, trocava o colchão, trocava cobertor, comida, água, tudo. (...) Ai, a Irmã vinha para cá, porque ela só obedecia mesmo a Irmã, sabe, ela era mesmo

agressiva... Remédio a Irmã tinha que dar, porque ela não aceitava remédio (dado) das funcionárias. " (Atend.Enf. E.S., p. 2)

Além disso, nestes depoimentos, observa-se a relevância da cela como mecanismo de distribuição dos indivíduos no espaço asilar, possibilitando não só a separação entre os pacientes, como também entre estes e os funcionários:

"(...) No (Pavilhão) Rodrigues Caldas havia cela. A gente separava quando o paciente estava brigando muito mesmo. A gente separava para evitar dela machucar a outra e ser machucada. Mas, aqui, no Galba Veloso, não tinha. Joaquim Dutra também tinha cela. Aqui, no Galba Veloso não tinha não. Que era no meio da gente. À noite, aquelas que cismavam... De noite, tinha doente deitado na minha cama, porque eu dormia com a porta aberta. Dormia não, encostava na cama com a porta aberta. Ai, às vezes, tinha uma briga, uma coisa qualquer assim para separar, quando voltava estava um lá, deitado na sua cama. Fazer o quê? Bater nelas era um pecado, porque elas não sabiam o que estavam fazendo. era juntar as roupas de cama e mandar lavar no outro dia, porque sujava. E passava a noite andando. O resto da noite andando. (...)" (Atend.Enf.G.F., p. 3)

Neste sentido, em Barbacena, a cela possibilitava a demarcação da posição de cada um no espaço asilar, o que dificilmente ocorria nos pavilhões em que estas inexistiam, permitindo, então, que pacientes ocupassem os espaços (ainda que exíguos) destinados aos funcionários e inviabilizando o distanciamento entre ambos, que o pessoal de enfermagem julgava tão necessário para a manutenção do seu poder.

Assim, não se pode descartar também o uso do quarto-forte como um meio de proteção dos próprios agentes de enfermagem diante das manifestações de agressividade dos internos. Como eles mesmos sugerem em seus depoimentos, frente às adversas condições de trabalho que encontravam para realizar sua prática e a inexistência de meios químicos de contenção, eles tratavam de defender-se como podiam e como sabiam.

Dai, provavelmente, a resistência à extinção das mesmas, situação esta que pode ser observada até o início da década de 90, como mostra uma enfermeira entrevistada :

"Nós temos aqui ainda duas celas. Eu estou na frente de acabar com as celas, porque eu não aceito cela de jeito nenhum, não aceito. Porque ninguém nasceu numa cela, não é? O Hospital ainda tem cela. E está tendo uma resistência, aí no Hospital. As pessoas acham

ainda que tem que ter cela e... A única coisa que eu acho que a gente faz de vez em quando é uma contenção para o bem do paciente." (Enfa. V.B., p.12)

Entre os entrevistados do Hospital-Colônia de Barbacena a ênfase na utilização das celas explicita o caráter coercitivo da atuação da enfermagem neste estabelecimento, mas isso não significa que o mesmo não tenha acontecido nos demais.

Segundo conta um dos guardas do Hospital do Juqueri, também lá se fazia uso das celas e das camisas de força como meio de contenção:

"Tinha quartos-fortes que agora aboliram, não é? Acho que não se usa mais. Mas antigamente, só tinha quarto-forte, não é? Não tinha outros tratamentos. Mas o quarto-forte dos hospitais tinha que ser todo forrado, com espuma, não é, com horracha. Os nossos aí não tinham não. Era um quarto comum assim, bem forte, o doente ficava lá dentro. Tinha uns que arrebentavam, de tanto que batiam nas paredes. A gente tinha que ir lá com ele, pôr camisa de força. Camisa de força, manguito. Amarrava o doente, com as mãos dele para trás, não é? Mas os doentes daquela época eram doentes fortes, agressivos. Agrediam qualquer um; médico, tudo... Às vezes, quando entrava na sala do médico, tinha que entrar três, quatro funcionários junto." (Atend.Enf. J.S., p.4)

Também no Hospital do Juqueri, no Hospital Juliano Moreira e no Hospital São Pedro as celas e a camisa de força foram empregadas para dar conta da carência de outros recursos terapêuticos ou da insuficiência numérica de pessoal de enfermagem, como exemplifica o depoimento de um dos enfermeiros do Hospital São Pedro:

"Em 1939, (ingressei) como atendente. Para minha surpresa, quando entrei no pavilhão de doentes, fiquei apavorado. Fumava, então, os doentes me tiraram todo o cigarro. De medo dos pacientes (ênfase), veja bem. O que é que se fazia? Simplesmente, é... dava-se alimentação aos doentes, digamos assim, porque remédio não existia então. Os doentes eram contidos mecanicamente na cama. E aqueles..."

E- A contenção mecânica era feita da mesma forma que se faz atualmente?

"Exato. Mas só que naquele tempo havia mais, não havia a técnica de hoje. Existia naquele tempo, Débora, assim: a contenção mecânica era como uma faixa, como se enfaixasse uma pessoa, entende? Então o indivíduo ficava completamente imóvel, não podia se mexer, não é? E aí se deixava aquela pessoa oito horas, oito horas nós trabalhávamos naquele tempo. Antes de passar de um turno para outro, então a gente

desfazia. Dependendo da agressividade do doente também. Quando o doente era muito forte, robusto, tinha força - muitas vezes era superior a da gente - se colocava num quarto. Era um quarto, tipo uma cela, assim (gesticula, mostrando que a cela tinha aproximadamente três metros quadrados). Existia uma portinhola para passar um prato de comida. Mas não tinha patente (vaso sanitário), não tinha nada. Todas as necessidades do paciente eram feitas junto ao leito dele. E também não tinha cama; era colchão só no chão. Era que nem um irracional, um negócio assim, brutal mesmo. É. Eu senti muito, sofri muito. Porque, então, a gente não... a gente via aquele ser humano ser tratado como um animal. Nem um bicho eu acho que a gente trata assim. (...) Então, (o enfermeiro) era um camarado que estava ali para dar banho, para dar alimentação do paciente, trocar a roupa dele" (Enfo.J.C., p. 37-8)

Neste sentido, o depoimento acima expõe uma versão diferente das apresentadas pelos médicos do Hospital São Pedro, no primeiro capítulo, sobre o estado em que se encontravam os tratamentos psiquiátricos na década de 40, mostrando que, embora algumas terapias de choque já fossem empregadas há dez anos naquele estabelecimento, o uso de camisas de força e celas fortes ainda era um recurso sistematicamente empregado pela enfermagem para conter a agressividade dos pacientes.

Dizendo que seu ingresso na Escola de Enfermagem instrumentalizou-o para compreender melhor a condição do paciente psiquiátrico, este entrevistado conclui o trecho acima, ilustrando de que modo os pacientes eram mantidos nas celas e como o pessoal de enfermagem assistia às pessoas mantidas neste tipo de contenção :

"Vou te falar uma outra parte de quando eu ingressei em 1939. Tinha um doente que se chamava Emilio Grande. Sem mentira, Débora, acho que tinha 1,90 m. ou 2,0 m. de altura. Mas era grande (ênfase), era um monstro. Eu não sabia, tinha 20 anos, era um guri. E um enfermeiro - dentre aqueles enfermeiros práticos, entende, ficava com o nome de enfermeiro, porque também não tinha nenhum, eu acho - disse assim para mim : 'Vamos fazer, vamos limpar a cela do Emilio Grande '. E o que ele fez? Ele abriu. Era, sem mentira nenhuma, a chave para abrir a porta do quarto era deste tamanho assim (gesto para mostrar que a chave tinha aproximadamente 20 cm.) Faz me lembrar a chave de São Pedro, igual àquela que aparece nos retratos, não é? Ele abriu, mas era uma enorme de uma chave. Ele abriu aquela porta, empurrou, abriu a fechadura, empurrou a porta assim (gesto)... , então aparece no meio daquelas palhas - não era colchão não, era só palha -. Levanta aquela monstruosidade de gente. Tu sabes que eu fiquei parado de

medo. Me deu um tremor nas pernas de ver aquela monstruosidade sair de cima daquelas palhas. E o enfermeiro, que era antigo, saiu correndo..."

E- E lhe deixou sozinho?

"Sozinho (ênfase) E sabe o que o doente fez? Olhou para mim, voltou e deitou de novo. (...) Tu sabes o que é medo, medo mesmo? Olhou para mim como uma pessoa olha para uma criança, voltou e foi deitar no meio da palha de novo. Eu acho que ele ficou com pena, porque eu acho que se ele me desse um tapa me matava. E tu sabes que uma das coisas que me parece importante vocês saberem, que naquele tempo, o doente forte era exatamente isso que faziam no São Pedro. Porque não existia tratamento." (Enfo. J.C., p. 58)

Portanto, ao lado de ações que visavam a higiene e a nutrição do indivíduo, a participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos caracterizava-se por medidas voltadas para a contenção da agressividade.

No entanto, segundo julgam os entrevistados do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Salvador, o uso das celas foi atenuado à medida em que as terapias orgânicas² foram sendo introduzidas nos hospitais.

Como foi dito antes, com as transformações produzidas pela introdução das terapias orgânicas no interior do espaço hospitalar, a participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos adquiriu contornos diferentes. Ampliaram-se as atribuições do pessoal de enfermagem, que passou também a participar da administração de tratamentos como a malarioterapia, a eletropirexia, a insulinoaterapia, o choque por cardiazol e a eletroconvulsoterapia.

Outro aspecto que chama a atenção nos próximos trechos dos depoimentos do pessoal de enfermagem é o detalhamento na descrição dos demais recursos terapêuticos empregados, envolvendo, inclusive, a enumeração das etapas que constituíam a execução de cada procedimento.

Conforme mostram os depoimentos, a enfermagem tinha uma participação importante na implementação destes tratamentos, embora o grau de qualificação da maior

² Termo utilizado por Kaplan, Sadock (1990), que inclui desde os psicofármacos até as psicocirurgias e convulsoterapias. Lembre-se que o uso destes recursos não substituiu o uso das celas, mas que estas eram utilizadas em complementação àqueles instrumentos.

parte do pessoal de enfermagem que atuava naqueles serviços não fosse compatível com o grau de complexidade implicado na realização daquelas modalidades terapêuticas, que exigiam uma rigorosa observação do paciente e uma intervenção rápida nos casos em que a execução destes métodos provocasse reações que colocassem em risco a vida dos pacientes.

No Hospital São Pedro, a malarioterapia, introduzida nos anos 30 como forma de tratamento dos casos de paralisia geral progressiva e utilizada até os anos 50, não era realizada somente pelos médicos, mas também pelos enfermeiros. Segundo um deles explica, o tratamento consistia no seguinte:

"Eu falei para ti do tratamento da malarioterapia? Sabe o que é malarioterapia? A malarioterapia era um tratamento feito devido à sífilis. Então, o que é que eles faziam? Se fazia, se injetava a malária no paciente. Se tirava o sangue, tiravam o sangue de um doente que tivesse a malária e injetava em outro. Era uma espécie de uma transfusão de sangue. Só que tu tiravas da veia do paciente infectado e tu injetavas no músculo do outro. Então, daí um dia ou dois, começava a febre. Tinha que conservar o paciente com 80 horas de febre, acima de 38º C, não abaixo, sempre acima de 38. Mas, a malária, ela tem a queda, não é? Ela sobe e desce. Mas tu tinhas que completar as oitenta horas. Bom, aí completava as oitenta horas, interrompia a malária e aí tu tinhas que fazer uma outra fonte. Tu tinhas que pegar um doente crônico, tinham diversos doentes devido à sífilis. Tu tinhas que pegar outro que não tivesse a sífilis, mas tu tinhas que manter a fonte, porque quando aparecesse um sífilítico, você tinha a fonte para fazer a malária. Bom, ao cabo de uma semana, deixava ele descansar um pouco, porque recuperou um pouco as oitenta horas, certo? E tu entravas com uma série de bismuto. Nem sei quem é que fabricava o bismuto... Era uma continuação do tratamento. Mas o que tratava a sífilis mesmo era a 914, depois veio o Arsenical americano, o 914 era alemão. Tu tinhas que aspirar com aquela seringa de vidro que tu ficou a pegar. Tu tinhas que pegar uma agulha para aspirar e tu tinhas que pegar outra agulha depois para injetar. Porque se tu fizesses com a mesma agulha, tu queimavas todo o braço do paciente. Ele já entrava queimando, o arsênico. E tu fazias uma série, não tinha..., dependia da prescrição médica. E tu sabes que a melhora era assim 90 % ou mais de psicoses da sífilis. Depois, depois, inventaram a eletropirexia, que era um forno (...) E tu sabes que nós mandávamos para o Henrique Roxo, em Pelotas tinha. Nós mandávamos a fonte da malária, quando ele queria fazer a malária lá. Nós mandávamos daqui de avião para ele. Depois que apareceu a penicilina, então terminou a malária. Então começou a penicilina de três em três horas. Nós fazíamos de três em três horas a penicilina. " (Enfo, J.C., p. 35)

Assim como a malarioterapia, a realização da eletropirexia também era uma atribuição da enfermagem no Hospital São Pedro:

"Pois é, eletropirexia era um forno. Tu colocavas o paciente lá dentro, ficava só a cabeça para fora. E aí tu conservava, fazia aquelas horas de febre da malária, tu fazias com a eletropirexia. A temperatura graduada em 38° C, você segurava lá seis, sete, oito horas. Depois tu tiravas e podia, até, inclusive, o doente podia até ir para casa. Que era para evitar exatamente esta transfusão de sangue, entende? Porque se a gente fosse fazer... Você vê. Não, eu digo, se fosse hoje, com todas essas moléstias que tem aí, tu fazias uma coisa e transmitia outra.(...) Então, se fazia o arsênico, não é? E em mil novecentos e... eu não sei quando, qual era o ano que apareceu a penicilina. Dai terminou." (Enfo.J.C., p. 36)

A partir dos anos 40, o choque por cardiazol e a insulinoaterapia passaram a ser realizados pelo pessoal de enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo e Salvador.

Um entrevistado, que trabalhou na Colônia Juliano Moreira desde o final dos anos 30, contou que a insulinoaterapia e o choque cardizólico foram introduzidos naquele estabelecimento a partir dos anos 40 e que a aplicação de ambos cabia à enfermagem:

"Não sei se você já ouviu falar de choque por cardiazol, isso eu já fiz muito na Colônia. Depois é que veio o eletrochoque, o ECT. Primeiro era o cardiazol na veia. Eu ajudei a fazer muito. Claro que eu como enfermeiro tinha que aplicar o cardiazol, mas na presença do médico, sempre um médico presente. Nunca um médico se ausentou em todos os casos, e em muitos casos funcionava, muitos."

E - O senhor lembra em que casos era usado o cardiazol?

"Mais na esquizofrenia. E no oligofrênico muitas vezes não. Porque o esquizofrênico tem que ser tratado com outro medicamento e hoje eles usam muito o Neozine; no oligofrênico usam outros tratamentos, outros medicamentos que naquela época não se dava. Era o choque e no oligofrênico ele não dá resultado. Na esquizofrenia dava. O paranóico, por exemplo, dava. De forma que este tratamento foi feito no início, logo que eu entrei para a Colônia e isso foi feito, talvez, para a década de 40." (Aux.Enf. A.B., p.8)

Questionado sobre outros tipos de tratamento ele cita o choque insulínico, discriminando os casos em que era indicado, os riscos acarretados por sua aplicação e a intervenção da enfermagem durante a realização do mesmo:

"O insulínico, a insulino-terapia nós fazíamos muito. A insulina não era em qualquer paciente que se podia fazer. E o choque de insulina requeria muito cuidado, porque o paciente poderia morrer e quando ele entrava em coma você imediatamente tinha que tirar, não podia deixar porque o choque de insulina é muito demorado, o paciente entra em coma e depois é muito difícil ele voltar, quando entra em coma profundo. Eu me lembro de uma ocasião para eu medicá-lo, para eu tirar ele do choque, eu tive que colocar um medicamento por uma falha dentária, porque não conseguia pegar uma veia e nós tínhamos que medicá-lo. (...) Quando foi em 1950, eu já passei a chefiar o setor de enfermagem do pavilhão de Fisiologia e também ali eu fiz muito tratamento. Tinha uns doentes tuberculosos, não choque, choque não, não se fazia o eletrochoque, se fazia a insulina, mas o choque não se podia fazer porque ele era doente do pulmão e uma convulsão daquela ele poderia estourar o pulmão, uma hemoptise e é um caso perdido. Neste caso a gente procurava dar outro medicamento, menos o choque. A insulina sim, nós fazíamos este tratamento." (Aux.Enf.A.B., p.8-9)

Note-se que, apesar de tratar-se de um método terapêutico bastante arriscado do ponto de vista dos problemas clínicos que podiam acarretar, ambos eram realizados por pessoal de enfermagem sem preparo formal específico. Nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro a utilização em larga escala da insulino-terapia foi abandonada no final dos anos 50, sob a alegação de que se tratava de um método com custos elevados, que necessitava de equipamentos apropriados, de profissionais com grau maior de especialização, de pessoal de enfermagem qualificado e pelo risco de vida que apresentava para os pacientes. Apesar de necessitar também de condições adequadas para sua utilização, o choque cardizólico foi empregado até os anos 50 nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro e a eletroconvulsoterapia continuou sendo utilizada até os anos 70, conforme informaram os psiquiatras que atuaram naquele período na Colônia do Engenho de Dentro e na de Jacarepaguá.

Tal como ocorria no Rio de Janeiro, a aplicação da insulino-terapia passou a ser uma das atribuições do pessoal de enfermagem em Porto Alegre, a partir da década de 40. No entanto, verifica-se que lá pelo menos nos primeiros anos houve uma participação ativa da enfermagem na realização do tratamento, o que não ocorreu em outros locais.

é um dos aspectos que revela o relato sobre a participação da enfermagem na insulinoterapia, transcrito abaixo:

"Naquele tempo não existia psicanálise. Então, o que é que se fazia? Começaram a fazer em 1933, que foi descoberta a insulina para tratamento dos doentes mentais. E aqui, então, se fazia o choque úmido que era o caso da insulina em coma, não é? Mas era muito reduzido, porque o número de enfermeiros era pequeno. Então, o choque insulínico requer muito cuidado. Geralmente, um enfermeiro não poderia cuidar de mais do que dois ou três pacientes. Ele (o paciente) entra em estado de coma e aí o camarada podia até morrer, não é? Porque...A Escola de Enfermagem, uma das causas era isso, mas adiante nós vamos te dizer que surgiu um outro tratamento que então começou a melhorar o hospital. E para o paciente também. Bom, então o coma insulínico é exatamente isso assim; veja bem o trabalho que dava : é temperatura antes de injetar a insulina, é temperatura, pressão arterial, respiração e pulsação. Bom, tudo normal. Então se injetava, se começava a insulina com 20 unidades/ cm², e lá, então, até o camarada entrar em coma. Já aumentando a dose, dependendo da constituição do indivíduo, da resistência dele quanto ao medicamento, não é? O coma insulínico, então, vinha assim. Por isso o enfermeiro não podia abandonar o paciente, porque se tu deixasses o paciente deitado, é decúbito dorsal, aquela sialorréia abundante, que vinha na boca do paciente, afogava ele. Então, o que tinha que se fazer junto com o (inaudível) é encostar ele numa parede com os travesseiros do lado e você tinha que estar sempre e constantemente do lado dele até...o período, geralmente, era de uma hora. Não podia deixar passar de uma hora. Uma hora disto, interrompia com 20 cm³ de soro glicosado a 32 %. Fora isso, eu tinha que dar glicose por via oral. Dependendo da..., digamos assim: 100 unidades de insulina, eu tinha que dar 200 gramas de açúcar por via oral, fora o soro que tu fazias. (...) E você sabe que havia proveito em muitos pacientes? Havia bastante proveito. Em outros casos não. Bom, mas depois, se formando mais turmas de enfermeiros, então foi aumentando também o número de pacientes que faziam este tratamento." (Enfo. J.C., p. 41) (grifo nosso)

Verifica-se, através da descrição detalhada do procedimento realizada pelo enfermeiro, o grau de participação destes na realização destas intervenções terapêuticas no Hospital São Pedro.

Entretanto, com o fechamento da Escola Profissional de Enfermagem, a partir dos anos 50, a insulinoterapia passou a ser executada também pelo pessoal de enfermagem que não possuía preparo formal específico em psiquiatria. Segundo uma das entrevistadas:

"Na insulinoterapia, a gente injetava uma dose assim, e ia elevando, elevando a dose, até chegar ao coma. Quando a doente estava em coma, que não tinha reflexos, ainda a gente deixava uns cinco, alguns minutos. Depois era interrompido o coma, através de 20 ml de glicose na veia e depois, ainda, eles tinham o tal de tratamento associado ao eletrochoque. Então, ela, quando vinha assim, ela ainda fazia o eletrochoque. Que era, isso às vezes melhorava, principalmente estas doentes de trinta, essas psicoses puerperais, que eram muito rebeldes, isso aí elas melhoravam. Então, isso se chamava insulina associada, quando tinha a insulina e mais o eletrochoque que eram indicados pelo médico e a gente fazia. E depois, então, quando o cardiazol, quando veio o eletrochoque, aí então a gente abandonou o cardiazol, porque foi assim um sucesso o eletrochoque." (lr. P.C., p. 2-3)

Além disso, dispunha-se naquele período de algumas terapias medicamentosas, cuja aplicação também era atribuída aos agentes de enfermagem. No Hospital São Pedro, por exemplo.

"Depois apareceu uma medicação, que se fazia injetável, endovenosa. Era Sonifen. Não sei se existe hoje, Sonifen. Era uma coisa assim. Mas dava, em seguida, dava uma trombose. viu? Era uma coisa assim..., não sei qual é a fórmula, mas em seguida dava trombose ali no Hospital, por causa da solução feita. Não sei também se injetavam direito, ou se não injetavam direito, não posso dizer. Quem sabe injetavam fora da veia, não posso dizer. Mas eu cansei, na época que eu trabalhei na parte de cirurgia, eu tratei muitos doentes com trombose. Tu sabes como a gente fazia isso? Com estufa. Estufa. Botava-se duas estufas, uma de cada lado do braço para poder desmanchar a trombose.(...) " (Enfo. J.C., p. 58)

"Bom, depois, nós tínhamos uma injeção que se chamava Sulfizina óleo canforado, que levava, deixava a doente com hipertermia, uma febre elevada. Enquanto isso, ela se acalmava, não é?"

E - E para quem era indicado este tipo de tratamento?

"Olha, na agitação sim, na agitação era indicado (...) Na depressão, o que a gente utilizava mais, naquele tempo, era o cardiazol. E depois dessas coisas tinha o cardiazol, era o choque desencadeado pelo cardiazol. E depois, nas esquizofrenias a gente tinha a insulinoterapia." (lr. P.C., p. 1)

É interessante notar que os entrevistados referem-se a estas primeiras medidas de contenção química como procedimentos que não possuíam uma eficácia terapêutica, embora as reconheçam como formas de tratamento para os quadros de agitação. Provavelmente estas considerações devam-se ao fato de que, segundo julgam, elas não apresentassem os mesmos efeitos que passaram a ser obtidos com o emprego dos psicofármacos introduzidos no final dos anos 50 nos estabelecimentos psiquiátricos.

Ainda nos anos 40, a eletroconvulsoterapia foi introduzida nos cinco estabelecimentos aqui estudados. Contudo, nos primeiros anos sua aplicação cabia exclusivamente aos médicos, que passaram a delegá-la ao pessoal de enfermagem logo a seguir.

Nos estabelecimentos psiquiátricos cariocas, por exemplo, é provável que a aplicação da eletroconvulsoterapia pelo pessoal de enfermagem não fosse uma prática tão generalizada, pelo menos até o final dos anos 40. A falta de generalização se dava porque de acordo com Arruda (1944), os médicos do Serviço Nacional de Doenças Mentais dispensavam certos cuidados na sua realização da terapia mencionada, pois consideravam que tal prática era um recurso terapêutico pouco estudado, cujos resultados precisavam ser melhor esclarecidos, o que só poderia ser feito através de observações sistemáticas do comportamento dos pacientes durante e após a sua aplicação. Provavelmente, esta posição cuidadosa os levavam a encarregar-se da aplicação da eletroconvulsoterapia pessoalmente e, mais tarde, quando sentiram-se mais confiantes em relação aos resultados desta delegaram sua aplicação à enfermagem. Assim, a partir do final dos anos 40, a enfermagem passou a encarregar-se da aplicação deste tratamento na Colônia Juliano Moreira, ainda que teoricamente só pudesse realizá-lo mediante prescrição médica, como exemplifica o relato a seguir:

"(...) Não sou contra a aplicação do ECT, porque em determinados casos ele funciona. Não arbitrariamente como se fazia antigamente. Eu reconheço que antigamente se fazia muito isso, quase que rotineiramente e no meu ponto de vista não, em determinados casos sim, tem que fazer, tem. Dá resultado, dá porque vai despertar o paciente. Eu me lembro, isso já foi no ano de 1970, não se fazia praticamente e quando tinha um paciente que estava negativista, o paciente não queria se alimentar, não queria ver a família. Então, o médico conversando comigo disse: 'Vamos... quem sabe, vamos fazer umas três ou quatro aplicações. Eu disse: 'Vamos, (...), então o senhor prescreve'. Fiz o primeiro, fiz o segundo, no terceiro frustrou. Então, ele não teve convulsão. Nos dois primeiros ele teve a convulsão, no terceiro ele frustrou. Quando eu peguei, ele gritou para mim: 'Não precisa

mais me dar isso aí, eu vou passar a me alimentar". Isso foi um caso que eu raramente vi acontecer. (...) Para mim foi inclusive comovente. Um enfermeiro, auxiliar que sou, uma enfermagem longa na psiquiatria e (um paciente) dizer isto para mim...Então, eu guardei o aparelho, fiz minha ocorrência, quando o médico chegou eu citei a ele (...)"
(Aux.Enf.A.B., p.7)

O processo de introdução da eletroconvulsoterapia no Hospital São Pedro é recordado pelos entrevistados como um fato que provocou importantes transformações para o trabalho da enfermagem. Eles acompanharam os primeiros experimentos que precederam a utilização da eletroconvulsoterapia em pacientes, bem como participaram do processo de introdução deste recurso terapêutico naquele hospital. Conforme se vê a seguir:

"Eu te disse antes que, em 1942, apareceu o eletrochoque. Quem trouxe o eletrochoque para o Rio Grande do Sul foi o falecido Dr. Murillo da Silveira. Ele inclusive idealizou o aparelho aqui. O Cerletti lá, o italiano, parece que foi que viu que o eletrochoque era...Como é que nós começamos o eletrochoque no São Pedro. Fazendo nos cachorros, nos cães. Enchia lá no curral, enchia de cachorro. Então, ele fazia o eletrochoque no cachorro para ver qual a reação depois do eletrochoque nele. Assim, iniciou então a fase do doente. Principalmente, eu disse principalmente, na esquizofrenia, quando é agressivo. Não é o caso, por exemplo, numa paranóia, porque aí é diferente, porque aí o paciente é lúcido, é aquela coisa dele. Mas o esquizofrênico, agressivo, pode crer que não existe tratamento melhor que o eletrochoque. Também no catatônico, e ele é um esquizofrênico, não é? Como é que nós, em 1942, ..." (Enfo.J.C., p. 43)

Os resultados obtidos nesta fase experimental são um aspecto sempre enfatizado nos depoimentos, indicando o envolvimento do pessoal de enfermagem no processo de implantação da eletroconvulsoterapia no Hospital São Pedro, como mostra outra entrevistada:

"Que até, foi o Dr. Murillo o médico que começou, teve a iniciativa aqui no Hospital São Pedro. O primeiro eletrochoque que a gente fez foi num cachorro, depois num gato. E aí depois pegamos um paciente. O paciente passou muito bem (ênfase). Foi uma alegria, um sucesso de todos e aí, com o eletrochoque sim, aí começou a diminuir muito o número de doentes e ter muitas altas, porque os catatônicos, que em geral morriam, porque não melhoravam...a gente tinha que passar sempre sonda nasogástrica para dar alimentação, porque eles não comiam e aí com o eletrochoque eles passaram a comer e a melhorar e aí iam embora. E também os esquizofrênicos, aplicavam o eletrochoque. Adoro o

eletrochoque, para nós foi assim um sucesso, eu digo, embora alguém diga que foi um terror. Agora, terror...Naquela época, não tinha medicação. Ai era terror, porque era feito em salas, quando um paciente enxergava o outro. Então, claro, ele tinha um aspecto muito desagradável. Mas quando era feito individual, que o doente não via o outro, o doente nem ficava sabendo que fazia. Porque ele tinha a convulsão e dormia, e não sentia nada." (Ir. P.C., p. 3-4)

De fato, no Hospital São Pedro, as condições para realização da eletroconvulsoterapia eram precárias como mostra o próximo depoimento:

"Mas eu vou dizer uma coisa para ti ver. Tu sabes que quando era enfermeiro-mor, eu chegava a fazer, de manhã, eu sozinho, com oligofrênicos, doentes que ajudavam, eu sempre tinha três ou quatro daqueles pacientes para me ajudar, eu fazia uma média de cento e dez a cento e quinze eletrochoques por dia (ênfase). Eu sozinho. Deixa eu te contar. , nós fazíamos dentro daqueles salões. Ficavam aqueles doentes separados, assim (gesto)... É claro que de um dia para outro já tinha que separar ele (o paciente que faria o ECT), não é? Então, eu pegava, digamos assim, cinco pacientes, fazia o eletrochoque. Quando chegava no quinto, eu voltava no primeiro para cuidar da respiração dele, entende?"

F - E não havia médicos junto?

"Nunca, não tinha médico, não existia médico. O médico apenas receitava. O médico dizia assim: 'Vinte sessões de eletrochoques.' Ele só ia ver o paciente quando terminassem as vinte sessões. Porque, tu veja bem, como é que um médico, porque aqui era o seguinte: na Divisão Pinel, digamos assim, do São Pedro, eram três seções. A primeira seção, era a de pacientes agudos; segunda seção, seção de tratamento; terceira seção, de crônicos. Então, veja bem, mil e trezentos, mil e quatrocentos, até mil e quinhentos pacientes. Sabe quantos médicos? Um em cada seção. Então, se tu mostras isso hoje, ninguém acredita. Mas tu sabes porque é que acontecia isso? Porque eles tinham, então, enfermeiros que podiam assumir essas coisas. No meu caso, que eu fazia o trabalho de um médico, porque um serviço de eletrochoque tinha que ser feito por médico. E nunca, minha filha, nunca aconteceu, graças a Deus, posso lhe chamar de minha filha? Nunca, graças a vontade divina, nunca aconteceu acidente nenhum comigo. Porque eu cuidava, cuidava muito. (...)" (Enfo. J.C., p. 40)

Portanto, nos anos seguinte à sua introdução no Hospital São Pedro, a eletroconvulsoterapia era realizada pelo pessoal de enfermagem, mediante prescrição médica, às vezes auxiliados por pacientes, em condições absolutamente precárias. Pelo que se extrai dos depoimentos seu uso era amplo e um grande número de pacientes foi submetido a esta modalidade de tratamento. Ressalvando-se a possibilidade de exagero quanto ao número de eletrochoques realizado por parte do entrevistado, pode-se inferir que os enfermeiros poderiam realizar até cento e doze eletrochoques por dia, distribuídos em quatorze aplicações por cada uma das oito horas de trabalho. Observando-se tal vultuosa quantidade tem-se a impressão de que, na época, a eletroconvulsoterapia foi considerada um instrumento milagroso, dada a frequência com que era utilizado, a despeito dos riscos e das consequências que envolviam sua utilização.

Há que se considerar que tal modo de utilização da eletroconvulsoterapia substituiu, de certa forma, as medidas mecânicas de contenção, o que trazia vantagens tanto para o trabalho dos médicos, quanto para o trabalho da enfermagem. Em primeiro lugar, porque, pelas condições em que era realizado, o ECT transformava-se num instrumento de sujeição dos pacientes, que, muito provavelmente, sentiam-se amedrontados diante da possibilidade de serem submetidos a esta forma de tratamento. Isto, de certa forma, diminuía o número de agitações nos pátios, nas enfermarias, etc., além de propiciar a submissão dos internados ao enfermeiro. Com isso, havia uma certa economia de trabalho médico e de enfermagem, cuja proporção de profissionais era muito pequena em relação ao número de internos, segundo assinala um antigo guarda do Hospital Colônia de Barbacena e um enfermeiro do São Pedro, respectivamente:

"Os tratamentos são, conforme eu disse (pausa) no começo, que eu trabalhei, então tudo era mais difícil. Conforme eu falei dos médicos, tinham poucos médicos, poucos empregados. Hoje tem muito empregado. Sabe disso, não é? Conforme aí, que a colega falou, que eram quatrocentos, trezentos pacientes para cada empregado. É certo. Isso aí tinha mesmo. Mas o número de pacientes era tantas vezes mais que agora. Tem essas coisas... Lá existia essas coisas (eletrochoque) também, mas o médico é que dava a receita, o pedido. Mas era dado pelos enfermeiros, pelos médicos. Mas lá não era que trem de choque para matar não. Aquilo era a tentação para ver se melhorava o paciente, não é? (G. J.R., p. 7)

"Então começaram a fazer o eletrochoque, associado à insulino-terapia. Aqueles que não melhoravam com a insulina, principalmente com o choque úmido, começou a se fazer a insulina associada com o eletrochoque. Como é que se fazia isso? Não se deixava o

paciente entrar em coma, evidente. Quando ele entrava no pré-coma, então, tu tinhas que fazer o eletrochoque. E, após o eletrochoque tu fazias, tu interrompias a insulina, evidente, tu fazias o soro como se fosse antes, não é? E o paciente começou também numa melhora muito grande, muito bom mesmo. Então, o que é que aconteceu no São Pedro? A enfermagem começou a gostar de trabalhar, porque até então tinha que ser um ideal (...)"
(Enfo. J.C., p. 44)

Nota-se que a carência de pessoal e de medicamentos, somada à superlotação dos pavilhões, aparece, nos depoimentos acima, como uma possível justificativa para a utilização do ECT. No depoimento pode-se perceber a tentativa de salientar o caráter terapêutico deste procedimento, amenizando a importância do uso do ECT como instrumento de exercício da violência no interior do Hospital. Entretanto, tal caráter é evidenciado em outros relatos.

Os próximos depoimentos mostram como o uso deste método era indiscriminado e como seu emprego transformou-se muitas vezes numa prática violenta:

"Bem, eletrochoque era normalissimo ali. A gente fazia eletrochoque numa situação horrível. Porque as pacientes pressentiam que era dia de eletrochoque, então os atendentes vinham trazendo assim com camisa, camisa não, como chama... fronha na cabeça (ênfase) para não ver que entravam na sala do eletrochoque, não é? E o eletrochoque era dado."

F - Não entendi, como era isso?

"Tapavam a cabeça, porque elas pressentiam que era dia de eletrochoque, eram dois dias em que elas tomavam eletrochoque. Então, depois que se botava a paciente na cama, que era aquele sufoco, muita briga, uma desumanidade, se aplicava o eletrochoque e elas vendo que outras já estavam sendo... Era tudo assim a vista (ênfase / indignação na voz), elas assistiam as outras fazendo. O eletrochoque, que é uma coisa muito desagradável, não é? Tu tens uma sensação de que é uma coisa muito..., se bem que não dói nada, mas é uma coisa assim, era uma cena deprimente. E era uma cama junto da outra, às vezes, eram duas camas para três pacientes. Então, diziam assim: 'Ah, porque o paciente, o doente mental é muito mais resistente fisicamente do que os outros pacientes, porque não se queixam disto ou daquilo' e estas coisas. Eu tenho minhas dúvidas, porque eu acho assim, que eles não se queixam por coisas deles, por coisas da própria doença, mas se você for fazer um levantamento radiológico lá das pacientes, é claro que tem muitas

fraturas, pelo menos naquela época. Mas tinha um negócio assim, era a realidade. Era, a realidade era essa. Não tinha outra coisa. E principalmente nas psicoses maniaco-depressivas, na fase depressiva, era, o que saía da fase depressiva mesmo era com eletrochoque. Não tinha outra coisa, não tinha outra medicação." (Enfa. N.M.Z., p.15)

No mesmo sentido, uma entrevistada que trabalhava em Barbacena conta que:

"Eu nunca apliquei choque, só o médico que aplicava. Nós segurávamos as pacientes, mas para eles aplicarem. Mas, nós nunca aplicamos choque. Punha uma cama assim, não é? Uma empregada ficava do lado de lá, outra do lado de cá, segurando nos ombros, nos pés e era assim. Na força, ligava o aparelho. É, punha à força. Depois, para trazer eles da cama, trazia nos braços da gente, trazia no colo. E levava no colo. Acostumava ir à força, porque algumas não gostavam de tomar choque; levava à força.

E - E depois, elas melhoravam?

"Melhoravam. Tinha umas que melhoravam, aceitavam. Tinham outras que não. Elas ficavam pior ainda." (G.H.S., p. 7)

Este exercício de violência imbricado na execução da eletroconvulsoterapia não ocorreu só em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Barbacena.

Como contam os informantes dos hospitais de São Paulo e Salvador, o emprego da eletroconvulsoterapia ocupava uma posição importante no conjunto das práticas implementadas para contenção dos internados. Nos próximos relatos, os entrevistados descrevem o tipo de participação da enfermagem na implementação deste procedimento.

No Juqueri o eletrochoque, como foi chamado pelos entrevistados, era administrado tanto pelos médicos, quanto pelos guardas. Um destes descreve a sua aplicação da seguinte forma:

"A gente pegava uma bananinha...Eles faziam um boné de pano, não é? Enchiam de algodão - mas o moderno, ainda, porque dá uma reação muito forte, não é? Então, a gente colocava o indivíduo na mesa e segurava bem forte. Porque ele desbocava mesmo. Então usava aquilo lá, as bananinhas. Aplicava e ficava um ali, segurando e tal. E nós fazíamos. Graças a Deus nunca aconteceu nada. A não ser uma ocasião, em que faleceu um lá. Quem tinha insuficiência cardíaca não (se) podia aplicar, não é? Ai, às vezes, a gente ia lá na tomada. 'Dra., eu vou fazer. Faz o exame ' Ai ela respondia: 'Ah, o senhor

vê aí, o senhor é que resolve. É com o senhor' (...) E foi um caso que me aconteceu. Um paciente de família importante, importantíssima. Eu suspeitei de alguma coisa e até falei que era melhor não fazer. Mas aí, o médico chegou e coisa e tal. Aí ele aplicou e o doente faleceu na hora (ênfase). Foi um bode danado.(...) Eu cheguei a fazer eletrochoque também. Mas, graças a Deus, nunca aconteceu nada." (Atend.Enf. G.T., p.5)

O emprego de violência para garantir a realização dos eletrochoques é um aspecto que se depreende de mais de um depoimento, demonstrando que o uso da força física era uma das principais características do trabalho da enfermagem.

Em decorrência, a eletroconvulsoterapia deixou de ser apenas uma intervenção técnica e passou a ser utilizada como um instrumento disciplinar, ou seja, um meio para punir os pacientes que não se submetiam às regras institucionais. Conforme foi retratado em alguns depoimentos, o uso deste método com finalidades expressamente punitivas era até estimulado pelos psiquiatras em determinados casos. O eletrochoque, denominação que aqui parece mais apropriada pelo fato de nestes casos seu emprego possuir um caráter pretensamente terapêutico, era empregado com a função de, por exemplo, punir os alcoolistas que abusavam sexualmente de outros pacientes. Seu uso era justificado pelos profissionais pela necessidade de proteger os últimos destas sevícias. Remetendo-se a estes casos, um entrevistado conta que tal procedimento baseava-se nas recomendações do médico do pavilhão à enfermagem, como se vê a seguir:

"E ele disse para nós o seguinte: 'Olha, vocês vão fazer o seguinte; vão acabar com essa coisa (o abuso sexual) dentro do Hospital, porque eu não aceito mais essas reclamações dos familiares; vocês vão fazer o eletrochoque de noite. Todo aquele indivíduo que está pegando no outro, o ativo, não o passivo, tu fazes o eletrochoque.' Só assim que parou; o choque assim com uma intenção de castigo mesmo. Então, nós saíamos de noite, é, com o aparelho do eletrochoque debaixo do braço. Sabe que a gente conseguiu terminar com essa coisa, porque era o receio, era o medo. (Por) que a gente botava 40 ou 50 V só, entende? Então, não desencadeava a crise. Porque eu não sei se tu sabes a voltagem para se fazer aquilo, tu sabes qual é? É 80 V, menos de 80 V acho que não desencadeia a crise numa pessoa." (Enfo. J.C., p. 48)

Apesar de reconhecerem que muitas vezes ele fora utilizado indiscriminadamente e desprovido de um sentido terapêutico, ou seja, não como uma forma de diminuir sintomas agudos, mas como um modo de conter agitações provavelmente ligadas às más condições de

vida dentro do espaço asilar, os entrevistados exaltam os resultados obtidos através do uso do eletrochoque.

"Mas, em 1942, então, apareceu o eletrochoque. Que vocês até hoje encontram, não é? Então, para transmitir para os teus colegas que este velho aqui, com a experiência, com a vivência com o doente, ainda me parece que foi o tratamento número 1 na minha vivência dentro do hospital. Não com a quantidade que se fazia antigamente, porque isto eu discordo."

E - Para castigar o paciente?

"Não, claro que não. Se fazia uma média de dois a três, até quatro (aplicações). Eu acho que é muito importante em doentes agitados. Sabe porquê? Porque se tu fizeres isso, tu podes observar, que ele fazendo um ou dois, no segundo eletrochoque ele melhora aquela agitação dele. Então, o que é que acontece? Acontece que tu estás livrando o paciente daquela coisa agressiva, dele se machucar, de machucar os outros, entende? Então, o eletrochoque, queira ou não queira, a não ser que surja outra coisa melhor, não é, era a melhor coisa do mundo." (Enfo. J.C., p. 42)

"Ali (no Pavilhão de Admissão), eles ficavam (em celas) até a melhora, mas naquela época, podia fazer ECT, que era um remédio excelente. Ao meu ver (ênfase), porque eu não vou contra ninguém de falar que não servia, mas que era beleza (ênfase). Era feito três vezes por semana, segunda, quarta e sexta-feira, o ECT. E o médico receitava e quem fazia era eu mesma (pausa). (Atend. Enf. M. da A., p. 4)

Como se vê nos depoimentos, a eletroconvulsoterapia enquanto recurso terapêutico era uma forma de intervenção muito apreciada pela enfermagem. Provavelmente esta aprovação deve-se às possibilidades que o método oferecia enquanto mecanismo disciplinar, na medida em que a sua utilização provocava uma diminuição das manifestações de agressividade dos doentes e de tumultos nos pavilhões, dispensando o emprego de força física pelo pessoal de enfermagem no trabalho diário com os internos.

Por outro lado, a participação dos agentes de enfermagem na execução deste procedimento é carregada de ambigüidades nos depoimentos de algumas entrevistadas de Barbacena. Certas informantes não reconhecem a aplicação da eletroconvulsoterapia como uma atividade da enfermagem, atribuindo sua realização aos médicos, apesar das informações veiculadas na imprensa e na literatura de que era de fato a enfermagem quem o

realizava nos anos 60³. Mas, quer o aplicassem ou não, todas participavam da realização das sessões de eletrochoque.

Conforme elas contam, o eletrochoque tornou-se um dos recursos terapêuticos mais utilizado no Hospital-Colônia, a partir do final dos anos 50. As atribuições da enfermagem eram principalmente levar o paciente para a sala onde o eletrochoque seria realizado pelo médico e prevenir os efeitos indesejáveis decorrentes de sua aplicação em condições técnicas muito precárias como já foi mencionado.

Além disso, as entrevistadas assinalaram em que casos, ao seu ver, havia indicação para o eletrochoque:

"Ah, no princípio eles aplicavam, naquelas pacientes muito agressivas, o eletrochoque, sabe? E dava muita mão de obra você segurar um paciente para tomar o tal de eletrochoque. Nós mesmos, empregados, tínhamos uma bronca, sabe, porque não é fácil, não é? Aplicava, quer dizer, não é assim... É uma carga conforme o paciente aguentasse, não é? Não era uma coisa forte. Não (ênfase). Dava para a pessoa dormir, aquela coisa toda. Depois voltava calma, aquela coisa toda. Mas, o paciente tinha medo. Como eu também (teria) se (se) fizesse comigo, não é? Ai, para muitos era bom, sabe, acalmava. Mas, tinha outros que ficavam mais agressivos ainda. Depois cortou (o uso do ECT)." (Atend.Enf. E.S., p. 7)

Outra entrevistada julga que o ECT era indicado como um meio de substituição de medicamentos, principalmente nas situações em que estes não se mostravam eficazes, de acordo com o que se lê abaixo:

"O tratamento médico... Eles examinavam os pacientes, davam remédio, passavam remédio, mandava preparar na farmácia daqui mesmo. Eram os calmantes. (pausa) E o choque também tinha, quando os calmantes, os tranquilizantes não faziam efeito. Fazia eletrochoque. Mas, por fim, já estavam parando, porque não estava valendo mais. Pararam (ênfase). Ai começou a injeção, que dava mais resultado. E dessa época para cá o tratamento vem melhorando e agora é como eu te disse. Você não vê zoeira mais na casa, não vê paciente tudo rasgado, sujo... Você não vê mais." (Atend.Enf.G.F., p.3)

³ Sobre isto, ver Moreira (1983).

Observa-se que, apesar da falta de clareza destas entrevistadas em relação aos possíveis efeitos e limites do eletrochoque, enquanto recurso terapêutico, existe uma tendência a considerá-lo um meio eficaz de sujeição de manifestações agressivas.

Entretanto, em outros depoimentos, reconhece-se que, a despeito das vantagens citadas pelos entrevistados, o ECT produzia efeitos indesejáveis para os pacientes, que sobrecarregavam a enfermagem, colocando-lhe a necessidade de realizar outros procedimentos para os quais não possuíam preparo adequado. É o que se pode perceber nos dois depoimentos seguintes:

"Ah, minha filha, quando eu entrei para lá o tratamento mais era o choque, não é? Era o choque. Era o Dr. Pedro que ia dar o choque para nós. O genro do Dr. Fortini, que era Diretor lá. Ele é que ia dar o choque lá para nós no Rodrigues Caldas. A gente separava as mulheres, dava banho, vestia calcinha, arrumava. Tinha uma sacolinha de pano para pôr na boca para elas não morder a língua. Eu gostava muito de segurar o queixo das pacientes. Eu segurava num braço e o queixo aqui (gesto) para isso aqui (gesto, mostrando o maxilar) não cair. Senão, naquela convulsão, elas caíam o queixo. E era ruim quando caía o queixo."

E - O que acontecia, então?

"A gente custava a conseguir chegar no lugar. A Irmã Tereza, que era Irmã lá... Só existe uma. Ela que conseguia chegar para nós. Ela enfiava uma mão assim (gesto) e conseguia chegar isto aqui (o maxilar). Mas eu tinha muito medo. Ai, eu segurava bem seguro para não cair o queixo. Então, a gente tinha choque duas vezes por semana. Era a única coisa. Bem, e o tal de Amplicitil, que tinha no começo." (G. V. S., p.15)

Dentre outros aspectos, os efeitos colaterais da aplicação do ECT são mencionados também por outra entrevistada, que era enfermeira:

"O médico chegava e passava ECT para todo mundo. Eu devo ter dado uns dois mil ECTs aqui, na minha vida, ou mais, de tanto ECT que a gente dava."

E - E você que aplicava ?

"É, não, e tinha também o médico. E eu ajudava, porque não tinha nem condição, não é? O primeiro tratamento, quando eu cheguei aqui, que começou, foi o ECT. Indiscriminadamente, todo mundo tomava ECT. Nós, eu estou aqui há vinte anos, nunca

perdemos um paciente. Sem ter oxigênio, sem ter nada. Nunca perdemos um paciente, graças a Deus; porque eu acho que se hoje em dia for dar com oxigênio, com anestesia é capaz de morrer. E naquela época não morria mesmo. O primeiro tratamento antes de chegar a medicação aqui foi isso. Agora, morreu muito paciente por impregnação. Anatenol matou muito paciente aqui. O psiquiatra vinha de Juiz de Fora duas vezes por semana. Dr. Adelgiso.(...) Agora, o que tinha de queixo caído aqui por causa do eletrochoque era demais. Desarticulava, não é? Às vezes tinha que tomar uma anestesia para poder articular novamente, não é, o queixo.(...) Agora, hoje, é difícilimo de fazer um ECT. Quando tem, agora, passa por uma série de pessoas a indicação de algum ECT. E, quando faz, é na Enfermaria, com todo, com o médico clínico para dar assistência, com o psiquiatra. O psiquiatra mesmo é que está fazendo, nós não fazemos mais. Na época a gente fazia porque era uma necessidade. Não tinha nada, não é? Agora a gente não faz mais (ênfase)." (Enfa. V.B., p. 9)

Fora isso, no depoimento acima, há uma tentativa de diminuir a importância dos efeitos nocivos relacionados ao emprego da eletroconvulsoterapia em condições técnicas tão desfavoráveis, mostrando que o uso de psicofármacos produzia consequências mais indesejáveis do que as do ECT.

De qualquer forma, pode-se concluir que na execução deste procedimento a enfermagem cumpria um papel importante, principalmente por ser a responsável pela sujeição do paciente, isto é, pelo domínio do indivíduo, através do uso da violência, que garantia a realização do eletrochoque, fosse ele realizado pelo médico ou pelo próprio pessoal de enfermagem.

Assim, observa-se que as aplicações de eletroconvulsoterapia eram um recurso extremamente utilizado, muitas vezes indiscriminadamente nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Realizado em condições tecnicamente inadequadas, tal tratamento parece ter possibilitado mais a contenção e a sujeição moral dos internos do que uma intervenção terapêutica. Com raras exceções, a execução deste procedimento constituía uma atribuição da enfermagem, ainda que os agentes de enfermagem enfatizem que só a realizassem mediante prescrição médica. Nota-se também que alguns informantes procuram justificar sua participação na implementação deste tipo de tratamento sob o argumento de que não havia pessoal médico em número suficiente para fazê-lo.

No período compreendido entre o final dos anos 30 e início dos 50, outra modalidade terapêutica coexistia com as terapias orgânicas: a praxiterapia.

Um dos entrevistados descreve as características e as indicações da praxiterapia desenvolvida na Colônia Juliano Moreira no referido período. :

"(...) Como tinha, naquela época, a praxiterapia. Então os pacientes se desenvolviam, trabalhando, muitas vezes. As (pacientes) femininas, a área feminina era na parte de costura, bordado, etc. E os masculinos tam até, muitas vezes, na própria lavoura e jardinagem. Então, eles tinham realmente esta ocupação." (Aux.Enf. A.B., p.5)

Note-se que, ao invés de laborterapia, o entrevistado emprega o termo praxiterapia, que foi a denominação utilizada a partir dos anos 40 para caracterizar o emprego do trabalho de pacientes como uma atividade com fins e características terapêuticas nos estabelecimentos psiquiátricos do Rio. Neste relato, parece atribuir-se à praxiterapia uma finalidade diferente da que possuía até então. Os trabalhos manuais e os agrícolas não teriam somente o objetivo de manter o doente ocupado para distrai-lo de seus delírios ou evitar a ociosidade que contribuía para o agravamento da doença, mas representavam um meio de desenvolver o potencial produtivo do doente. Isto sem contar a possibilidade que trazia de diminuir os custos do hospital com a manutenção de indivíduos internados por longo tempo.

As finalidades e modo de funcionamento da praxiterapia no Hospital São Pedro são descritas por uma das entrevistadas da seguinte forma:

"A praxiterapia praticamente saiu daí da costura. Porque as doentes costuravam e umas, então, pregavam um botão, botavam um elástico, outras emendavam a roupa e umas bordavam. Faziam uns bordados maravilhosos, que ainda existem. Bordavam toalhas para as Igrejas, faziam aqueles chilés, aquelas sedas, faziam desenhos, faziam até aquelas toalhas bordadas com ponto agulha, que ainda existem por aí. E assim, a Irmã Suzana foi praticamente quem deu o esboço de praxiterapia. Ai depois foram ampliando isso, mas eu acho que foi ampliando de uma maneira que, ao meu ver, agora já, muito distorcido. Porque a gente pegava a doente que vinha, com a tendência dela; porque se era uma doente que veio do interior, que era acostumada a costurar e lavar, ela ia para a lavanderia, ela costurava, ela emendava. E agora, acabou isso, se tu pegas uma doente do interior para amassar um barro, fazer um boneco, fazer um cinzeiro, ela não se adapta a isso, não é? E tinha umas então que vinham, até elas eram intelectuais, assim, elas eram muito criativas, então essas a gente pegava muito para botar em ordem um armário, uns papéis, dar um a caixinha que tinha ou dar papel para cortar, para picar, que a gente precisava para a enfermagem, elas mesmas às vezes faziam umas caricaturas de toda a enfermagem que tinha dentro (do Pavilhão) e pintavam, botavam, pregavam os papéis na

porta,tudo...era praticamente tudo dentro do Pavilhão. Ai, depois entrou uma, quando começou a vir uma psicóloga, a Dra. Ieda, ela começou a se ocupar dessas doentes. Ai ela começou assim a ensinar, dava uns papéis para elas aprenderem a escrever, aquelas que não sabiam escrever, assim, desenhar, fazer alguma coisa, não é? E outra, também, para distraí-las. Então tinha o salão onde elas ficavam em dia de chuva, não é? Não tinha, praticamente, destacava T. O. (Terapeutas Ocupacionais), fala para o outro... Cada unidade tinha. Ao mesmo tempo, servia para distração do doente, onde os funcionários estavam junto com elas, e onde elas também estavam fazendo alguma coisa, que não estavam assim sendo, assim, jogadas." (Ir. P.C., p. 9)

Além disso, no Hospital São Pedro, a produção advinda das atividades realizadas pelos próprios internos, cuja finalidade anunciada era mantê-los ocupados, revertia em recursos materiais para o Hospital, como se lê a seguir:

"E aqui então a nossa conduta era assim. Quando os doentes entravam, ficavam nesta sala e a gente ia medicando. E quando eles estavam bem eram largados no pátio juntamente com os demais doentes. E eles auxiliavam em todas as tarefas. E eram distribuídos para carpintaria, para a lavanderia, para a horta, para padaria. Tínhamos olaria, eram fabricados tijolos e os tijolos serviam para fazer construções aqui dentro, quando precisava alguma coisa, e senão eram até vendidos e com isso se compravam algumas coisinhas de mais emergência, não é. E tinha isto, os homens na horta. E as mulheres também, tinha a costura, a colchonaria. E a praxiterapia praticamente saiu daí, da costura, porque a gente costurava. Então, pregava um botão, botava um elástico, outra emendava uma roupa. E umas bordavam, que a gente tinha uns bordados maravilhosos, que uns ainda existem. Bordavam toalhas para as Igrejas, faziam aquelas sedas e depois faziam os desenhos. E faziam, até, aquelas toalhas com pintura agulha que ainda existem por Ai a superiora com o administrador iam ver o tecido e a maneira como confeccionar era conforme a gente via a necessidade do doente e o estilo. Fazia uma camisola no verão, um vestido tipo camisola de manga curta. No inverno, tinham um vestido de fustão, de manga comprida, uma japonsa, uma saia. Porque como havia a padaria aqui, a gente chegava a abrir cinco sacos de farinha para pão e os sacos eram lavados, branqueados, e com eles se faziam saias e calças para os pacientes. Então, esta saia,...à noite as pacientes tinham até condições de tirar o vestido e dormir só com a saia, como as fotografias mostram, e conservar o seu vestidinho limpo. E, no verão, o vestido era estampado, de manguinha curta, com dois bolsos. Isso para evitar que a doente acumulasse lixo. E não tinha cinto, também para evitar que elas se enforcassem. Tanto

assim que, no pátio, não existia lixo no chão. Nem tijolo, nada, nada, nada. para evitar que as pacientes se agredissem. Não existia lixo, as folhas das árvores eram levadas, às vezes, para a horta, os lençóis delas eram todos lavados e feito pano para as pacientes. Quer dizer que não existia lixo aqui." (Ir.P.C., p.13-15)

Deste modo, além de participar da implementação dos tratamentos médicos, cabia ao pessoal de enfermagem o desenvolvimento de outras formas de intervenção junto aos internados. Pelo fato de ser o único grupo profissional que permanecia vinte e quatro horas por dia dentro do estabelecimento a enfermagem assumia diretamente o controle das atividades diárias dos pacientes, que muitas vezes confundiam-se com a praxiterapia.

Note-se que, apesar da preocupação em adaptar as atividades às características sócio-culturais das pacientes, na realidade, do modo como inicialmente era realizada, a praxiterapia tinha como finalidade manter os pacientes ocupados com a realização de trabalhos que eram considerados relevantes pela ótica do pessoal de enfermagem. O entendimento de que tais atividades possuíam um componente terapêutico, simplesmente pelo fato de que os mantinha distraídos e a orientação das práticas para atividades com as quais o doente estava habituado a realizar antes da internação é uma marca deste período. A transcrição reproduzida a seguir torna ainda mais explícitas estas características:

"Depois a gente também, quando eu estive na Pinel, tinham mil e oitocentos homens naqueles pátios, não é? Achei aqueles homens caminhando, solitários, não é? E eu digo assim, mas, eu acho que isso aqui, seria bom se... Essa gente vêm do interior, às vezes eles se aglomeravam e cantavam (ênfase) aqueles cantos italianos da colônia e tudo. Eu digo, olha, eu conhecia como instrumento a gaita. Eu digo, mas que tal se tivesse uma gaita aqui, nesse pátio, aqui. Uns homens sabem tocar gaita, seria uma boa distração para eles. Ai, eu fiz uma rifinha, não é, e os médicos pagaram. Eu sei que saiu 5 cruzeiros a gaita e foi. Mandeí buscar lá na fábrica Todeschini, em Bento Gonçalves, e aí veio a tal da gaita, e, ainda sobrou um dinheiro. Então eu comprei um chocalho, um pandeiro, um violão. Ai, foi formada a bandinha da Pinel. Então, lá, no pátio da Pinel, ah, os doentes dançavam que nem sei, com aquela gaita (ênfase) era uma maravilha, sabe? Dançavam (ênfase). Era só ver eles parados, entrava a gaita e começavam com aqueles cantos deles, com aquele barulho, não é? Ai, depois, as outras unidades também se compraram as próprias gaitas. A Kraepelin comprou uma gaita, a Morel comprou uma gaita, cada um fez os seus instrumentos de música. E depois disso, então, nós começamos a fazer aquelas festinhas, então todo mundo vinha pedir emprestado a bandinha da Pinel, aí, depois começou a ampliar. Então, quem sabe, então, no ano que vem, na festa, nós

vamos convidar banda grande, aquele negócio. Ai, a gente fazia festas muito lindas, Natal, presépios, enfim. Era muito bonito, havia muitos doentes e existia vida, existia criatividade, eles mesmos cantavam, bah (ênfase) Era lindo. Aos domingos, tinha missa, já era no pátio, aqui na frente, estava tudo tomado. Eu, quando trabalhava nos homens, eu usava um apito. Quando eu tocava o apito todo mundo vinha, não é? E eles tinham suas roupas para ir a missa, roupas novas, guardadas. Então, para ir, trocavam de roupas." (lr. P.C., p. 9-10)

Por outro lado, tais atividades contribuíam para diminuir a perda da identidade cultural destes pacientes, geradas pela internação de longa duração, e serviam como um instrumento de socialização para os internos.

Entretanto, tal situação parece ter apresentado algumas alterações no início dos anos 60. Com o ingresso de novos profissionais, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentre outros, a rotina diária do Hospital foi sendo modificada, como a entrevistada mostra a seguir:

"Ai o impacto que as unidades sofreram, porque os doentes que tinham condições de ajudar nas unidades, de ajudar os outros pacientes, eles saíam para T. O., para recreação, para brinquedo, não é. Ai começou também, acho, um pouco de...Ai a doente não se interessava mais tanto pela unidade. Ai a unidade passou a ser o que é agora, digo eu, porque antes elas arrumavam a cama delas, a casa delas. Havia algumas que vieram, que vinham e uma ajudava a outra. Havia uma doente que não comia sozinha, já pegava uma outra doente, pedia ajuda para outra que punha comida na boca dela. Eu vinha e dizia, tu dá para essa e tu dá para aquela. Então, era uma ajuda muito grande que a gente tinha, junto com os funcionários. Os doentes eram acompanhados, levavam a roupa na lavanderia com a funcionária, iam buscá-las, a funcionária, iam buscar a alimentação com a funcionária, eram acompanhados em tudo. Uma doente no pátio tinha alguma finalidade; ele era encaminhado para a farmácia, ela era encaminhada para a cirurgia para levar algum recado, era encaminhada para a lavanderia, para a cozinha. Não existia nenhum deles perambulando no pátio sem uma finalidade. E os doentes que não estavam, os que eram inconscientes, não saíam sem roupa para o pátio, expostos ao ridículo. E não havia muro lá na frente." (lr. P.C., p. 19)

De qualquer forma, estas modificações explicitam ainda mais o caráter que possuía a praxiterapia e deixam claro que efetivamente ocorria uma utilização dos pacientes como trabalhadores não remunerados pelas atividades que realizavam no Hospital ⁴.

Em Salvador, o pessoal de enfermagem apresentou certa resistência à introdução da praxiterapia no Hospital Juliano Moreira, como conta uma das entrevistadas:

"Olha como surgiu a praxiterapia. Não havia nada. O médico com o qual eu trabalhava era uma pessoa muito boa, interessante. Um dia, houve um aniversário lá na casa dele, eu me lembro muito bem. E apareceu um pandeiro lá no Juliano. Ele começou com aquela festa, ele tinha um espírito assim... naquele tempo ele já tinha essa idéia. Sabia tocar pandeiro... E depois apareceu uma senhora que tinha um irmão internado lá. Ela morava no Rio de Janeiro. Então, dei a ela a idéia de doar um... de fazer tipo um módulo. Que foi ela que fundou a praxiterapia. Ela que deu a casa. Uma Dona Lucila - ela deve ter se aposentado, não sei se ela era terapeuta ocupacional ou assistente social - ela que inventou. Ela com Dona Nair. Daí que começou. Primeiro tinha o nome de praxiterapia, entendeu? Então aquilo surgiu de novo. Pã (ênfase). O pessoal do hospital: 'Paciente pra festa?' Para ele sair de dentro do pavilhão, que era tudo preso, porque se não fosse em quarto forte era tudo de chave aqui. O pessoal tomava conta de chave, aqui o doente não saía. Aquilo surgiu, minha filha, quando saiu a idéia da praxiterapia. Dona Lucila dizia para mandarem os pacientes, tudo, que fosse costurar, costurava, quem gostasse. Aquilo ficou uma beleza. Mas você pensa que o pessoal aceitou? Hum (sic). Ah, minha filha, que nada (ênfase). Não aceitava não. Dia de sábado tinha festinha para os pacientes. Olhe, minha filha, no princípio eles iam tudo assim, mas depois... Todo mundo queria (ênfase). Eu dizia: 'Minha gente, vamos embora aprontar as pacientes parair para a festinha.' E elas (as outras funcionárias) respondiam: 'Já está na horado esfrega-esfrega.' Aquelas coisas. Porque naquele tempo, hoje não admito, mas o doente ficava separado homem de mulher. Quando foi para juntar homem com mulher na praxiterapia foi um Deus nos acuda. (...)" (Aux. Enf. M.G., p.6)

⁴ Para alguns autores a Terapia Ocupacional consiste num processo mais complexo do que simples atribuição de atividades aos pacientes a partir do pressuposto de que apenas a realização de trabalhos se constitua em um recurso terapêutico. Para Francisco (1988) para que o uso de uma atividade consista em Terapia Ocupacional é preciso que o trabalho seja compreendido como um ato provido de simbolismos, que sua realização seja concebida como um processo, através do qual sejam identificadas necessidades, problemas e que isto implique na resolução de conflitos do sujeito da ação, e que ela seja realizada por um profissional devidamente preparado.

Embora o depoimento acima dê a impressão de que lá os agentes de enfermagem, dentre outros profissionais, dirigem-se a praxiterapia para atividades lúdicas, na continuidade do relato esta auxiliar de enfermagem mostra que se tinha uma preocupação maior com oferecer alternativas de trabalho aos pacientes para que se mantivessem ocupados fora dos pavilhões, e eles realizavam atividades semelhantes as atividades desenvolvidas no Hospital São Pedro e na Colônia Juliano Moreira.

Apesar da importância e da predominância do emprego dos tratamentos somáticos, outras modalidades terapêuticas, tais como as socioterapias, a arte, também foram introduzidas nos hospitais psiquiátricos públicos brasileiros nas décadas de 40 e 50. Às vezes, elas assimilavam elementos da cultura local e os agentes de enfermagem tinham uma participação na sua implementação. Na Bahia, por exemplo, tentou-se desenvolver certas experiências que tinham por objetivo promover a socialização dos doentes mentais e resgatar sua identidade cultural:

"Ela trabalhou muito comigo lá no Juliano Moreira, no pavilhão dos agitados. Mas Junia era uma figura humana fabulosa. Enfermeira que estava no pavilhão dos agitados e daqui a pouco estava lá, com um violão na mão, tocando com eles. O pavilhão (inaudível), que foi o pavilhão que, quando cheguei lá (em 1949), acabei o famoso..., já estava surgindo o (inaudível). Isso possibilitava, facilitava muito a contenção do paciente, porque ele também, ele precisava ter um quarto... Ah sim. E parece que voltou a ter quarto forte. Quando eu dirigia um pequeno sanatório aqui, eu também acabei com o quarto forte. Tinha aquela história do vigilante, que nós acabamos lá com os vigilantes e demos algumas aulinhas lá de atendentes de enfermagem para transformar os atendentes e tal. Então, com um conhecimento deve estar com aquela figura castradora e resistente."

E - Eles eram muito resistentes a estas propostas?

"Poucos, alguns. O curioso da história é que o Sanatório Bahia...O Luis Cerqueira defendia a tese de que não deveria haver enfermagem masculina. Toda a enfermagem deveria ser feminina. Ele dizia coisas curiosas: 'Eu prefiro que um doente engravide uma atendente do que um atendente engravide uma paciente'. Bem, mas depois que o sanatório aumentou de população, passou a exigir a (inaudível) pacientes agitados. Então, para tomar conta da roça do Sanatório Bahia, chegou um homem - que veio com uma história que era um sujeito meio lá do interior e que tinha antecedente de jagunço e tal. Esse homem ficou famoso no território do hospital, seu Marcelo. E quando o doente era mais forte, quer dizer, estava naquela agitação, chama o seu Marcelo. E seu Marcelo, aos

poucos, foi se transformando num atendente, não é? E eu nunca vi pessoa tão boa. Ele era de uma doçura com os pacientes, incrível. Incrível. Ainda se usava o famoso quarto-forte, botava lá e daqui a pouco estava Marcelo: 'Doutor, tira o paciente do quarto. Parece que ele está com problema. Eu dou um jeito nele, converso com ele'. Um semi-analfabeto para a gente. Bom, foram duas pessoas que eu vi, assim, a capacidade de aprender com o paciente. Outro foi um que eu tentei levar para o (Hospital) Ana Néri. Acho que era um pai-de-santo. Tinha um candomblé famoso. Não famoso por essa coisa de mídia. Mas um candomblé tradicional na Bahia. Está num dos trabalhos de Nelson Carneiro. Carneiro reside junto a esse candomblé e era conhecido como Diquinho. Era atendente de enfermagem e eu levei-o para trabalhar comigo na casa lá da (inaudível). Mais baixo que o Marcelo, mais claro, tinha, assim, o aspecto de um príncipe. Ele tinha uma capacidade de conter. Ele sabia a força que tinha. A habilidade que ele tinha e fazia (inaudível) também. Com ele eu fiz uma experiência no (inaudível). Parti para candomblé dentro do hospital. Então, duas vezes por semana, tinha candomblé dentro do hospital. E era uma coisa curiosa. Os pacientes gostavam, acalmavam-se, entravam em transe. Quer dizer, eu nunca escrevi, nunca relatei isso... esse negócio não. Ficou, apenas, como uma experiência de vida. Mas depois, algumas famílias de pacientes de classe média ameaçaram me processar no Conselho, não sei o quê..."

E- Mas o sr. usava como recurso terapêutico ou...

"A tentativa era tentar o uso como...terapia...Era esse e também um projeto que eu sempre sonhei fazer e nunca fiz, que seria um estudo que...Não que eu entenda de candomblé. Quando a mãe ou pai de santo diz que você é tal santo, aquilo é segundo as suas características, não é? Eles interpretam na base dos búzios. Isso é uma coisa milenar. Os gregos viam na . Quer dizer, Alexandre, antes da batalha, mandava cortar o fio. Também dizia que ele não acreditava em coisa nenhuma. Ele dizia aquilo para influenciar os soldados: 'Vamos ganhar. Está dizendo aqui que vamos ganhar'. Ganhava todas, não é? Mas o tarô, nas cartas e tal. Por trás de tudo estão todas as suas formas, está a mesma coisa, não é? Mas o projeto que o pessoal sonharia em fazer seria... Você junta vinte pessoas de Iansã, vinte pessoas de Oxossi, essas coisas. Você vai descobrir que há características comuns, de personalidade. Quando a pessoa começa a fazer a iniciação, ela se inicia no seu santo, num eternado santo. E aquele santo tem uma música, tem um ritmo. Tem uma marcação diferente de outros santos. É um processo assim de meses, que deveria ser um processo de condicionamento. Se toca para determinado santo, eu, que sou daquele outro santo, não entro em transe. Então, deve ter uma relação...Tem um

trabalho curto de um legista. Acho que ele foi o primeiro presidente da UNESCO. Era uma... Artur Ramos. Antropólogo, é médico legista. Conheci muito. Meu pai também era médico legista. E Artur Ramos foi quem começou a publicar coisas sobre Freud na Bahia e tal. E ele tem um trabalhinho - acho que eu até tenho esse trabalho- sobre os instrumentos musicais, inclusive colocando as músicas na pauta e tal. Mas essa experiência foi curiosa. (...) Porque também no Ana Néri- foi uma experiência que nós fizemos. Ai, duas enfermeiras participaram. Tinham duas enfermeiras lá; era um hospital de cento e vinte leitos- terapeuta ocupacional. Tentamos uma experiência de comunidade terapêutica, na loucura total. Se tentava uma saída para..." (Dr. G.N., p.20-3)

Com exceção da Colônia do Engenho de Dentro, dentre todas as demais instituições estudadas somente o Hospital São Pedro possuía um serviço de profilaxia mental. Deste modo, paralelamente à participação nos tratamentos desenvolvidos em regime de internação hospitalar, os enfermeiros atuavam também no Setor de Serviço Aberto, cujas finalidades e características eram compreendidas por um dos entrevistados da seguinte forma:

"Bom, mas tinha também no Hospital, o Serviço de Higiene Mental, o Serviço Aberto, como tratavam...Existia o seguinte. Digamos assim, tu tinhas alguém da tua família com perturbação, qualquer uma coisa. Então, tu não tinhas condições de pagar um psiquiatra. Então tinha o Serviço de Higiene Mental do Serviço Aberto que dava consulta gratuita. Então, tu vinhas aí e fazias uma ficha com o Serviço Social, quer dizer, o Serviço Social... Vou te dizer uma coisa, quem fazia o Serviço Social era a própria Enfermagem, porque não tinha... Não tinha. Eu vou te falar depois sobre essa troca de serviço. Depois tu me lembrás, sobre como é que a gente fazia isso aí. Bom, então essas pessoas geralmente vinham, porque era muita gente, vinham de madrugada. Então, se fazia uma ficha, essa ficha era encaminhada para o médico, no caso, porque ele vinha mais tarde. Então receitavam um medicamento, que podia ser feito, muitas vezes, no serviço, ou em casa, não? Então, o doente tomava seus remédios e não precisava baixar no Hospital. Foi quando começou a diminuir aquele mundo de gente para baixar. Então, no Serviço (Aberto), também se fazia eletrochoque e insulina também, dependendo do caso. Mas, como o doente era lúcido, que se determinava, caminhava, podia se manter no ambiente familiar, então ele fazia este tratamento. O familiar vinha com ele, ficava esperando, e depois levava ele de volta. No caso do Serviço Aberto era muito difícil o paciente baixar, porque geralmente a tentativa era feita para evitar a baixa."

E - E eles frequentavam o Serviço diariamente?

"Todos os dias marcados, já era tratado com o familiar para levar o paciente."

E - Mas, então, não era todos os dias.

"Não. Depende do médico, do caso.(...) Lá no Hospital tem Hospital-Dia, mas é diferente. No Hospital-Dia o paciente fica o dia inteiro no Hospital. Lá, não. Ele vinha de manhã, fazia o tratamento ou pegava a medicação, no caso, por escrito, e ia embora; e ficava em casa." (Enfo. J.C., p. 14)

Considerando-se que, à época, a delimitação de atividades entre os profissionais não médicos ainda era tênue, vê-se que, além das ações especificamente de enfermagem, também as atividades que competiriam às assistentes sociais, tais como o levantamento do perfil sócio-econômico e da situação familiar dos pacientes eram assumidas pela enfermagem.

Questionado sobre como se dava a atuação especificamente da enfermagem neste serviço, ele conta que:

"A enfermagem, geralmente, eram três enfermeiros, porque o número de pacientes era grande. Então, a enfermeira mais era para fazer a parte de... Fazia anamnese, como é que se diz, fazia, colhia aquele resultado que era do Serviço Social. Então, ocupava uma ou duas enfermeiras para fazer aquelas fichas. Ai, (o paciente) era encaminhado para os médicos. Com uma coisa, porque naquela época, Débora, o enfermeiro ou a enfermeira, no caso, ficava junto com o médico. Eu te disse há pouco. O Cyro Martins fazia assim: ele chamava o paciente e tu, como enfermeira tinhas que ficar junto com ele, sentava do lado. Então, ele geralmente escrevia umas duas páginas, a observação dele era umas duas páginas, o Dr. Cyro Martins. E quando o paciente saía, que tu levava, tu voltavas lá para o gabinete. Ai, ele perguntava para ti assim: 'Qual é o diagnóstico?' Ai tu tinhas que saber. Muitas vezes tu dizias ' Não, mas é...' E ele dizia : ' Não, mas não é por isso assim, assim '. Então, era uma Escola fantástica. Nós tínhamos que aprender, a não ser que fosse muito burro, não ? Muito. Porque o falecido Dionélio Machado também era assim. E ele, o Dr. Cyro Martins, era mais democrático, ele era mais social. O Dr. Dionélio era mais agressivo. Inclusive, chegava e dizia assim: 'Mas, vem cá, tu és burro, hein. Sujeito que não aprende', entende? Ele era, ele implicava. O outro não, o outro já era mais compreensivo." (Enfo. J.C., p. 15)

Assim, como nos setores de internação, também no Serviço Aberto a proporção de enfermeiros por pacientes era reduzida. As atividades da enfermagem envolviam tanto a realização de procedimentos de maior complexidade, como por exemplo a aplicação de

insulinoterapia, como a participação nas consultas ambulatoriais, nas quais, juntamente com o médico o enfermeiro participava da definição de diagnósticos. Seja atuando no interior dos pavilhões superlotados do São Pedro, seja no Serviço Aberto, o trabalho cotidiano junto aos internados, somado às discussões realizadas com os médicos, contribuiu para que estas pessoas aprimorassem sua capacidade de observação e de identificação de problemas, levando-as a incorporar e, mais tarde, aplicar tais conhecimentos nas suas práticas diárias no interior das unidades de internação.

Além disso, quando foi criado o Serviço de Admissão do Hospital São Pedro, nos anos 50, coube também ao pessoal de enfermagem a execução da triagem e da admissão de pacientes, segundo explicam os entrevistados:

"Quando eu vim para cá, o São Pedro tinha em média quatro a cinco mil doentes. A gente recebia pacientes, assim, de todos os Estados, sem discriminação nenhuma. E também, não existia o Serviço de Admissão, era um Serviço de Triagem. E (os pacientes) eram encaminhados pelas delegacias e vinham com um encaminhamento que era um ofício e a gente recebia. Isto também leva a ter hoje este déficit, este número desses pacientes deficientes mentais, que não justificaria a sua permanência aqui. Mas, como nós (fazíamos) , em triagem, recebíamos todos." (Ir. P.C., p. 1)

"O enfermeiro, no caso, era quem baixava o paciente durante a noite. Então, tu tinhas que preencher um formulário. Naquele formulário tu preenchias a procedência, a cor, a parte física, sinais, informações da família, porque é que traziam o paciente para o Hospital, entende? Então, isto é coisa que o Serviço Social faz hoje, não é? Então, a gente fazia. No outro dia de manhã, quando o médico vinha para atender, ele já tinha todos esses dados junto com a papeleta do doente. Então não tinha (inaudível), ele sabia a origem, sabia o caso o que é que era, então não tinha por onde ele se perder. Entende? Então, facilitava muito o serviço do psiquiatra." (Enfo.J.C., p. 15)

Outra forma de intervenção terapêutica indicada para o tratamento da agressividade, implementada nos anos 40, foram as psicocirurgias. Como mostram os informante, estas contavam também com a participação ativa da enfermagem, que também nestes casos, às vezes, assumia atribuições tradicionalmente pertinentes aos médicos, de acordo com o que se lê abaixo:

"Lobotomia, inclusive eu era o anestesista. A anestesia, neste tempo, não é que não existisse anestesistas, existia. O anestesista, até hoje, ele é independente, mas no Hospital

São Pedro, principalmente, nunca teve anestesia. Então a gente fazia anestesia com Tiopental. Tiopental endovenoso.(...) Isso já era um medicamento novo.(...) Aqui no São Pedro se fez muita lobotomia frontal. Quem fazia era o falecido Dr. Almir Alves e o neurologista era o Dr. Luiz. Se fez muito, muito. Esses doentes assim, que não tinham... Porque, como te disse, não tinham volta. São doentes muito agressivos. Então, a lobotomia frontal que faziam, o doente ficava assim, calmo, ficava... Só que se ela ajudava numa parte, ela regredia na outra. Ela deixava o camarada, assim, meio abobalhado. Mas só que não agredia mais. Mas eles só faziam este tratamento num caso assim de doentes já crônicos, doentes que não... É, muitos anos, muitos... Muitas vezes, há interesse da família que acalmasse o paciente para poder levá-lo para casa." (Enfo. J.C., p. 61)

A descrição da técnica utilizada no Hospital São Pedro é feita a seguir pelo entrevistado :

"Sabe no que consistia a lobotomia? Eles faziam uma incisão na, como é que se diz, região parietal. Abriam e depois, com o bisturi elétrico, isolavam uma parte do cérebro. Isso acalmava o paciente, o paciente não, aquela agressividade, aquela coisa interminável. Não sei, eu acredito que fosse isso, não? Porque, sabe o que nós fazíamos? Geralmente levava uma hora, uma hora e meia, duas horas, duas horas e meia essa cirurgia."

E - O senhor ficava ali junto?

"Não, ficava sentado num banquinho. O cirurgião dizia assim: 'Injeta mais um pouco.' Porque naturalmente o paciente, a coisa, então se injetava mais um pouquinho e depois parava. sempre, aí, pronto e tal, até terminar a cirurgia, não é?" (Enfo. J.C., p. 53)

Apesar de serem mencionadas somente pelo médico entrevistado, as psicocirurgias também foram empregadas no Hospital Colônia de Barbacena:

"(...) Mas, lá dentro (do Hospital- Colônia), fizeram lobotomias lá dentro. Em 1950, os médicos de Belo Horizonte, Dr. José Geraldo Bernardes, que era neurocirurgião, foi estudar em Chicago. Ele fez as primeiras lobotomias aqui no Estado de Minas. Depois as lobotomias foram condenadas, não é? Porque ela é uma agressão assim. Havia doentes aí extremamente agitados e agressivos; então era feita a lobotomia. Resolvia-se o problema, pelo menos do Hospital, não é? Dos doentes não. Transformava-se o doente agitado num doente catatônico, não é? Mas, este Hospital aqui tem uma história muito interessante. O

que se passou aqui dentro, a quantidade de doentes que vieram para cá, a quantidade de óbitos que houve aqui, a quantidade de doentes que se reintegraram a sociedade. Foi muito grande, muito grande." (Dr.E.C., p. 8)

Percebe-se que há um silêncio nos depoimentos dos agentes de enfermagem com relação a utilização deste método. No entanto, não são se pode atribuir a falta de referências em relação à sua utilização ao desconhecimento dos entrevistados sobre o uso desta técnica no interior do asilo, pois provavelmente os agentes de enfermagem também participaram da realização destas cirurgias.

Outro informante falou da introdução e da realização das psicocirurgias na Colônia Juliano Moreira nos final dos anos 40. Como mostra o entrevistado:

"(...), nós tivemos aqui, na Colônia, um tratamento...Fazia-se uma operação de lobectomia ou a translobitária (sic). A translobitária era feita no paciente epilético e a lobectomia no esquizofrênico. Em 1950, tinha um paciente muito agitado, esquizofrênico. Rapaz novo, de vinte e cinco anos, mas era muito forte, ele tinha 1,85 m de altura, e (era) muito agitado. Ele era doente do pulmão e não se podia fazer um bom tratamento do pulmão porque ele não aceitava medicação, nem por via oral, nem por injetável. Então, o que acontecia? Este paciente era uma coisa que nos chocava, porque um rapaz novo, filho de uma família tradicional...A família dele vinha, dava toda a assistência e ele não queria ver a mãe, recebia a mãe a bofetadas aquela coisa toda. Um dia, ele me agrediu, foi, agrediu o médico. Eu estava na porta, o médico sentado, receitando, eu entrei com o pé na porta, quando eu vi, ele entrando na enfermaria com uma pedra, talvez de 10 kg., no ombro, para jogar no médico. E quando ele foi jogar a pedra, eu que segurei a pedra e me tirou uma unha intacta, a unha saiu toda para a pedra. Então, o que é que ele fez? Ele destruiu o posto de enfermagem todo, quebrou tudo que tinha dentro do posto de enfermagem e quando ele acabou de quebrar, ele disse para mim: 'Eu vou me deitar. Então foi deitar, o médico disse: 'O que vamos fazer?' Eu disse: ' Dr., nós temos que sedá-lo.' Nós tínhamos fenilbutal, na época, não tínhamos outra coisa. "Então Dr., vou aplicar nele fenilbutal". Então, aplicamos uma quantia X, ele adormeceu, depois que ele acordou, ele continuou. Então tivemos que colocar ele num destes quartos de contenção para os clínicos particulares (sic), mas na verdade é aquilo que eu já contei no início da entrevista. E assim nós fizemos, colocamos ele ali. Mas ele era uma fera, então houve a idéia de se fazer uma lobectomia naquele paciente. Tínhamos, na época, a neurocirurgia na Colônia. Dr. Marcoa Maso Pereira, que por sinal era um excelente cirurgião. Ele então disse: "Nós vamos fazer a lobectomia neste paciente. Eu já combinei com o Diretor

e vamos levar este paciente para o (pavilhão) Egas Moniz. Já vai sair anestesiado e vamos fazer a lobectomia nele." Mas tinha que a família autorizar, a família não queria autorizar. Eu cheguei, convenci a mãe dele, o pai e eu disse: "Vamos autorizar a cirurgia de seu filho." Ele disse: "Mas eu não quero, meu filho vai morrer." E digo: "Se ele morrer é porque tem que morrer, agora, a senhora não pode ver seu filho, porque ele agride a senhora, a senhora está vendo seu filho numa grade. Vamos tentar fazer isso?" Ela disse que se eu promettesse assistir a operação (autorizaria). Eu disse: "Mas porque eu vou assistir a operação do seu filho?" Ela disse: "Eu quero que o senhor vá assistir." Eu disse que ia e marcamos a operação do paciente. Foi feita a cirurgia. Já saiu anestesiado, porque para tirar ele do quarto foi uma luta. Então medicamos, ele foi para a cirurgia já anestesiado. Dois dias depois, eu cheguei no quarto. Eu assisti a cirurgia dele. Ele olhou para mim e disse: 'Ó, seu A., cadê meu pai e minha mãe?' Aquilo para mim foi gratificante, porque eu contribuí para a melhora daquele paciente. Então eu disse para ele: 'Pode aguardar que o seu pai e a sua mãe vão vir visitá-lo hoje.' Porque não estava no meu setor, estava na cirurgia, mas eu tinha ampla liberdade de levar. Ficou bom, saiu daquela clínica, fez o tratamento pulmonar, ficou bom. E era bilateral a tuberculose dele, (mas) ficou recuperado. Ficou um rapaz normal, voltou a trabalhar. Ele era gráfico. Depois de muito tempo é que veio a falecer de um enfarte.(...) Depois, tivemos outro caso quase idêntico e ele também ficou curado com esta lobectomia". (Aux.Enf. A.B., p.13-15)

Pelo que expõe, nota-se que, além de auxiliar os cirurgiões no preparo dos pacientes para as lobotomias e de assisti-los em sua realização, a enfermagem era um elemento importante na relação que se estabelecia entre a instituição e as famílias dos pacientes.

Aliás, esta relação estabelecida entre a instituição e os familiares aparece também em outros depoimentos. Além dela, os diversos tipos de tratamento psiquiátrico e a participação da enfermagem é discutida no depoimento de uma médica, que trabalhou durante mais de 20 anos nos estabelecimentos psiquiátricos cariocas. Ao falar das formas de tratamento empregadas nos anos 40 e 50 na Colônia do Engenho de Dentro, ela diz que:

"Naquela ocasião, em que eu fui trabalhar no Engenho de Dentro, aliás eu trabalhei antes no Hospital da Praia Vermelha, o tratamento psiquiátrico era realmente muito agressivo, extremamente agressivo. Eu confesso a você que naquela ocasião eu fazia prescrição de eletrochoques e insulinoaterapia; mas muito a contragosto, porque, realmente, naquela ocasião não havia outra maneira de tratarmos os doentes e não tinha condição de fazer nenhuma psicoterapia, nem tratamento psicoterápico nos doentes, uma vez que nós tínhamos um tempo determinado de internação. (Por)Que as exigências de reinternação

eram... Os pedidos de reinternação eram bastante frequentes, nós não dispunhamos nem de espaço, nem de tempo para que tivéssemos os doentes (sic). Um tempo até justo, na sessão do Hospital, por isso tínhamos que lançar mão destes tratamentos, mesmo bárbaros, terríveis, que eu fazia muito a contragosto, mas que, realmente, eu senti que não tinha outra atitude a tomar. Mas, em todo caso, eu procurava compensar esta agressão que eu fazia aos doentes, aos clientes, procurava compensar, procurando tratá-los bem, com carinho, ter entrevistas com as famílias, famílias até vivendo um "dia das mães". E vinham trazer um presente porque diziam para mim: 'A senhora também é mãe do meu filho.' A sensibilidade das pessoas naquela ocasião era tal, que eram capazes de ter a espontaneidade, a sinceridade, sobretudo de me dizerem isso da maneira mais natural, coisa que eu recebia com alegria, mas também a contragosto, porque achava que não merecia tal coisa (...)" (Dra. A.M., p.7)

Como no Rio de Janeiro, também em Porto Alegre a enfermagem tinha uma intervenção importante, ou mais do que isso, era ela que na prática diária no interior da instituição assumia o controle e, de uma certa forma, normatizava as relações que se estabeleciam com os familiares e com a sociedade. A visita aos pacientes é uma situação exemplar para que se apreenda de que modo a enfermagem atuava neste campo:

"No dia de visita, a visita era aberta a todo mundo (ênfase), não tinha discriminação nenhuma. Podia vir, uma paciente podia ter 50 pessoas que vinham visitá-la. A gente não dizia que ela, só que a gente, e também o dia de visita nossa, aí tinham assim umas roupas mais adequadas. E a visita também não era assim, de entrar lá no meio e tudo, porque aí todo mundo se avançava e as pessoas não podiam, não é? Então, a doente era levada para uma sala, chegavam as visitas e diziam: 'Queria falar com tal paciente'. A gente pegava a doente e entregava para o familiar; o familiar ficava com a doente e, quando saía, devolvia a doente. Então, o nosso trabalho era muito árduo, no dia de visita, que era sábado de tarde e era dedicado exclusivamente às visitas, porque entre achar as doentes, que às vezes não respondiam, e também que a gente não conhecia eles bem, porque entravam muitos (ênfase), e era difícil saber o nome de todos. E a família vinha e vinha procurar o fulano e às vezes a gente tinha que pensar onde que ele estava. Se ele estava ainda na sala, se estava na enfermaria, se ele estava na enfermaria ou no pátio, ou se, talvez, tinha sido transferido já para pensionista,... aliás, para classe paga. Tudo isso era um quebra-cabeças, imagina. E a gente... ninguém saía sem saber do seu doente. E assim a gente vinha funcionando." (Ir. P.C., p. 11)

Também cabia à enfermagem além da vigilância e do controle da conduta dos pacientes alcoolistas, a administração do tratamento medicamentoso, que nos hospitais São Pedro e Juqueri, respectivamente, consistia no seguinte:

"Então, o alcoolismo era feito assim. Geralmente, o doente entrava com delírio alcoólico. Começava a se fazer, inicialmente, era o soro com vitamina B. Naquele tempo chamava-se... Hoje parece que não existe mais, do laboratório Roche. É na veia, endovenoso. E se fazia em ordem crescente e decrescente de estricnina. Estricnina também era feito, não é, intramuscular. " (Enfo. J.C., p. 72)

"O alcoolatra era o seguinte: naquele tempo nós usávamos o Antabus, em comprimidos. Ia dando Antabus e tal... Até que a pessoa tem a reação. Depois que dá essa reação, a gente dava um pouquinho de álcool para o doente cheirar. Um pouquinho, um calicezinho. O paciente cheirava aquilo lá e , ah, quando você se virava para lá, ele já estava vomitando assim. Ai, punha lá a comadre, o urinol, não é? E ele ficava, uns dias, com uma bruta raiva, sabe? E depois, cortava também (o Antabus)" (Atend.Enf. G.T., p.12)

A partir do exame dos demais depoimentos, que se faz a seguir, observa-se que as atividades de enfermagem e a participação desta na implementação das medidas terapêuticas acompanharam as modificações introduzidas no campo da assistência psiquiátrica a partir dos anos 50.

Neste período, a introdução dos psicofármacos viria a modificar o panorama da assistência oferecida nos hospitais psiquiátricos.

Segundo contam os entrevistados do Hospital São Pedro, a utilização dos psicofármacos possibilitou a diminuição do uso das terapias somáticas, sobretudo da eletroconvulsoterapia:

"E por incrível que pareça isso, Débora, o São Pedro melhorou. 80 a 90 % dos pacientes começaram a ter alta, coisa que antes era um depósito. O doente vinha aí e, como não tinha essas medicações de hoje, não existia nada disso aí... A primeira medicação destas, digo psicotrópicos, acho que é assim que se fala, é o , não sei se ainda existe isso. Amplicil foi a primeira medicação que apareceu. Então deixava assim com o..., deixava o camarada todo torto, aquelas coisas todas. Mas também judiava com os pacientes, coisa que o eletrochoque não fazia. Porque o eletrochoque deixa o indivíduo esquecido lá uma

hora, uma hora e meia, duas horas, depois retorna tudo ao normal de novo." (Enfo. J.C., p.50)

"Ai depois do eletrochoque, então veio o Anatensol Depot. A gente ficou feliz, porque substituía o eletrochoque, não é? A gente começou a fazer meia ampolinha, uma ampola, duas ampolas e ai substituiu bastante o eletrochoque. Mas, em certos casos, sempre o eletrochoque, até hoje, eu acho que ele tem a sua indicação, a sua validade, não é? E depois começou a vir os..., o nosso calmante...Tínhamos, naquele tempo, era Bromidia, era uma poção que era feita aqui no São Pedro mesmo."(Ir. P.C., p. 3-4)

Mas em alguns estabelecimentos psiquiátricos também a administração de psicofármacos, como atribuição da enfermagem, caracterizou-se pela ausência de qualquer sistematização e pelo uso da violência.

Segundo uma das entrevistadas do hospital Colônia de Barbacena, a despeito da existência de prescrição médica, quem determinava em que situações e quais os pacientes que deveriam ser medicados era o próprio pessoal de enfermagem. O modo como isto ocorria é descrito abaixo :

"A gente pegava no posto. A gente dava para elas. Aquela que agitava mais lá no pátio, a gente dava Amplictil para ela. Ali por uma meia hora, uns 20 minutos, ela já estava calma, já estava calma."

E - Sem estar prescrito, vocês davam?

"Já. Naquela época não tinha, não tinha não. Depois, minha filha, muito depois, que começou a entrar, entrou a FEAP, é que começou a ter as medicações direitinho. Cada um já tinha o seu copinho... Quando a paciente ia embora, tirava o copinho dela, guardava e tirava o nome do livro. Tinha tudo arrumadinho, já da FEAP para cá. Mas, no nosso tempo, do Estado, era amplictil e choque. Choque elétrico." (G.V.S., p. 12)

Pelo exposto, vê-se que mesmo a administração de medicamentos psiquiátricos era realizada no sentido de reprimir os pacientes, sem que quaisquer outros sintomas, além da "agitação", fossem considerados quando da administração do medicamento.

Aliás, o desconhecimento total sobre a natureza e os efeitos dos medicamentos caracterizou estas práticas, baseadas exclusivamente numa observação desprovida de qualquer sistematização e numa visão mágica do tratamento, como mostra o depoimento a seguir:

"Outro tratamento, também, foi uma injeção que eles davam. É... como é que era? Eu esqueci. (...) Picava na veia, sabe. E aquele paciente dormia, dormia, passava até da hora de alimentar, aquela coisa toda. Mas, também, voltava bem, sabe? Mas isso aí era conforme. Não era todo paciente. Porque tinha uns que não podia, não é? E isso aí era por receita médica, sabe? O médico examinava para ver se ataca a cabeça ou se poderia tomar aquela medicação. Mais era calmante, comprimido, aquela coisa assim. Era pouco remédio. E tinha um calmante que eles faziam na farmácia aqui também, sabe, e esse era um líquido assim. Então o paciente tomava, dormia, era assim." (Atend.Enf.E.S., p. 7)

Esta postura em relação aos medicamentos deu margem ao surgimento de novos sentidos para os mesmos, ou melhor, fez com que pacientes e funcionários atribuíssem-lhe uma conotação de castigo, às vezes até uma capacidade de provocarem grandes sofrimentos, ao ponto de batizarem as injeções de "chá de meia-noite", por motivos que são apresentados no depoimento abaixo por uma das entrevistadas:

"Não existia chá da meia-noite, não. Eles falavam chá da meia-noite, mas nunca existiu isso não, sabe? Porque eles falam chá da meia-noite essas injeções que picavam, mas nunca acontecia isso não. Então, eles tinham medo e diziam que era chá da meia-noite."

E- Eu não sei o que é chá da meia-noite.

"Eu também não sei, mas acho que é isso."

E- Isso o quê?

"É aquelas injeções. Eles tinham medo, não é, não gostavam, não é? Então eles falavam chá da meia-noite. Mas nunca deu problema não, sabe? Que no meu tempo era assim, feito por receita médica. O médico que via cada quantidade que aquela pessoa podia tomar. É isso." (Atend.Enf.E.S., p. 7)

Uma prática comum em todos os hospitais era o registro de todos os acontecimentos que tivessem um significado para a rotina dos hospitais e a identificação de casos problemáticos num livro de ocorrências:

"Outra coisa que vocês acho que não estão fazendo hoje, mas a gente fazia. É, digamos assim, vocês no trabalho tem o serviço de ocorrências, não tem? Então, nós exigíamos tudo e qualquer dado e qualquer caso, qualquer problema com um paciente, era anotado o nome do paciente, a causa do que ele tinha feito, o que tinha acontecido. Bom, então o que é que acontecia? No outro dia de manhã, chegava e via a ocorrência. Tu pegava esses dados, certo? O que é que tinha que fazer? Porque o médico não via esse Livro de

Ocorrências, não dava tempo. Então, tu pegavas a papeleta do paciente, o prontuário dele e levava para o médico, quando o médico chegava. Tu chegava assim e dizia: 'Olha, esse paciente aconteceu isso, agitou às tantas horas, fez isso, fez aquilo, agrediu, não fez,' entendeu? O médico tinha o diagnóstico sem ver o paciente. Porque não dava para colher o histórico, não dava tempo. E por incrível que pareça, eu acho que mesmo que o médico tivesse vontade de ficar umas oito horas dentro do Hospital, ele não podia atender todos os doentes que tocassem para ele se não tivesse o auxílio da enfermagem. Então me parece assim, Débora, o importante para vocês que são jovens é que hoje em dia existe assim, pela parte da enfermagem essa igualdade de curso, porque (por exemplo) tu és médica e eu sou enfermeiro, mas nós somos iguais com o diploma de enfermeiro. Tu no teu saber e eu no meu, não é mesmo? (...) Porque quem receita não é você, quem receita é o médico, e como o médico pode receitar uma coisa eficiente e certa se você não dá uma informação? Como ele pode saber? (...) eu fazia isso. Já o médico chegava de manhã e ele tinha todo o conhecimento do que tinha ocorrido com o paciente." (Enfo. J.C., p. 16-7)

A partir do depoimento acima, nota-se que também cabia à enfermagem fazer a seleção dos pacientes que deveriam ser examinados pelos médicos, ou seja, uma espécie de diagnóstico prévio ao diagnóstico médico. Disso resultava que os próprios agentes de enfermagem estabeleciam quem eram os pacientes que necessitavam de avaliação médica e quem deveria ser submetido a que tipo de intervenção, o que evidencia o tamanho do poder que lhes era delegado no interior das instituições psiquiátricas e a posição primordial que eles exerciam no processo terapêutico. Ressalte-se que isto não ocorria somente no Hospital São Pedro, pois, como já foi visto, em outros depoimentos reproduzidos anteriormente nos demais hospitais estudados, a enfermagem também possuía este poder de decisão.

Pelo que foi exposto até aqui, verifica-se que efetivamente as práticas desenvolvidas pelos agentes de enfermagem constituíram um elemento fundamental na implementação dos tratamentos psiquiátricos no período compreendido entre os anos 20 e 30. Observa-se que o pessoal de enfermagem encarregava-se da realização de todo tipo de procedimento, desde as técnicas que permitiam "ordenar as multiplicidades" (Foucault, 1977) no interior do espaço asilar, mediante a sua distribuição pelos diversos pavilhões, até as que permitiam controlar ininterruptamente a distribuição do tempo do paciente no interior da instituição, como por exemplo a praxiterapia.

Neste sentido nota-se que os princípios herdados do tratamento moral continuaram a nortear a prática diária da enfermagem nas instituições, mantendo-se, além dos já citados, a internação do doente e seu afastamento do meio social, a vigilância constante da

enfermagem sobre ele, o uso dos meios de contenção física do doente e o emprego da laborterapia nos anos 40 e 50.

Nos estabelecimentos psiquiátricos estudados, a participação da enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos caracterizava-se pela assunção de procedimentos que deveriam ser realizados por profissionais médicos, dado o seu grau de complexidade e de risco para o paciente como, por exemplo, as aplicações de insulinoterapia, eletroterapia e a administração de anestésicos gerais, além das atividades específicas de enfermagem.

Além disso, o exercício da violência caracterizou o emprego daqueles meios de tratamento, transformando-os mais numa forma de submeter os internados através do uso da força física do que num recurso efetivamente terapêutico. Dadas as condições precárias em que eram realizados e a ausência de critérios científicos no que diz respeito às indicações dos métodos, principalmente no caso das eletroconvulsoterapias, como mostram os depoimentos, a defesa de sua utilização enquanto recurso terapêutico por parte dos agentes de enfermagem torna-se frágil, levando-os a justificá-la sob o argumento de que eram eficazes para conter agitações e que seus efeitos colaterais eram pequenos, quando comparados as vantagens daqueles tratamentos.

A participação da enfermagem na implementação dos tratamentos também consistiu na operacionalização dos cuidados de enfermagem tradicionais, tais como as medidas de higiene, os cuidados com a alimentação e a manutenção das condições higiênicas dos pavilhões (quando e se isso fosse possível). Além disso, o pessoal de enfermagem se responsabilizava pela administração de medicamentos, muitas vezes sem prescrição médica, como ocorria com a utilização de outros métodos terapêuticos (como a eletroconvulsoterapia, por exemplo).

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo geral reconstituir a história das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica e sua articulação com o projeto psiquiátrico de transformação do hospício num instrumento terapêutico, consolidado na primeira metade deste século.

Como supunha-se inicialmente, os agentes e as práticas de enfermagem constituíram um elemento fundamental para que os psiquiatras atingissem aquele propósito. Ao longo da trajetória de medicalização da loucura e do louco e sua conseqüente exclusão social nos hospícios brasileiros, assistiu-se a um processo marcado por conflitos entre a corporação médica e os demais agentes que atuavam no interior do espaço asilar, no qual a primeira obteve a centralização da administração em suas mãos e a subordinação dos demais trabalhadores e das práticas que lhes eram correspondentes ao poder e ao saber psiquiátrico.

A partir daí, os psiquiatras empreenderam um processo de disciplinamento dos agentes de enfermagem, no qual estes incorporaram às suas práticas e a sua visão de mundo a concepção médica dominante no período compreendido entre as décadas de 20 a 50 sobre doença, doente mental e as formas de tratá-lo.

Para assegurar a assimilação desta concepção entre o pessoal de enfermagem, sobretudo entre aqueles que possuíam um grau de escolaridade elementar, os dirigentes das instituições psiquiátricas tomaram a si a preparação da força de trabalho nelas empregada que, como foi visto, em sua maioria não buscava este tipo de trabalho por vocação ou altruísmo, como os alienistas desejavam que ocorresse, mas por motivações seja de ordem subjetiva, seja de natureza econômica, determinadas pela situação em que se encontrava o mercado de trabalho brasileiro.

Tais processos de preparação distinguiram-se de uma instituição para outra, em função de especificidades locais. No Rio de Janeiro e em Porto Alegre, onde os dirigentes empreenderam articulações políticas com os grupos que então encontravam-se no governo federal e estadual respectivamente, foram criadas escolas de enfermagem e foi possível implementar um processo formal de preparação da força de trabalho. Em ambas, a criação dos estabelecimentos de ensino garantiu a arregimentação de mão-de-obra para o trabalho nas instituições psiquiátricas, ainda que em Porto Alegre a criação da escola não tivesse sido motivada exclusivamente por essa finalidade. Enquanto isso, nos estabelecimentos psiquiátricos de São Paulo, Salvador e Barbacena, o pessoal de enfermagem de nível de escolaridade elementar foram preparados para trabalhar em psiquiatria no interior do processo de trabalho pelos próprios médicos ou por outros trabalhadores de enfermagem que, no entanto, também não tinham recebido qualquer formação específica prévia.

Contudo, tanto a primeira, quanto a segunda forma de preparação consistiram na implementação de determinadas técnicas disciplinares que possibilitavam a um só tempo a transmissão de conhecimentos a respeito da doença, do doente mental e das formas de tratá-lo e a assimilação de normas institucionais. Assim, contribuíram igualmente para o disciplinamento dos agentes de enfermagem que, deste modo, tornaram-se obedientes àquelas normas e úteis para a implementação das modalidades terapêuticas adotadas naqueles estabelecimentos.

Por outro lado, até a segunda metade dos anos 40, as escolas de enfermagem ligadas aos estabelecimento de ensino superior não se preocuparam com a preparação de enfermeiras para o campo da assistência psiquiátrica. Conforme foi demonstrado neste estudo, a inexistência do ensino prático de enfermagem psiquiátrica e a quase total ausência destas profissionais nos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros nas primeiras décadas deste século não implicou, no entanto, num distanciamento da enfermagem profissional em relação ao pensamento psiquiátrico dominante na época. Verificou-se que nas décadas de 30 e 40, elas não só aproximaram-se das entidades civis que reivindicavam uma atuação preventiva ao nível das práticas psiquiátricas, como também assimilaram tais proposições e trataram de divulgá-las entre seus pares.

Finalmente, a partir do final dos anos 40, a enfermagem profissional fez sua entrada nos estabelecimentos psiquiátricos públicos e teve o Hospital do Juqueri como seu principal campo de formação profissional. Mas isso não representou o início de uma formação de especialistas em enfermagem psiquiátrica, o que só passaria a ocorrer nos anos 70. Tal como os demais trabalhadores de enfermagem, as primeiras enfermeiras que atuaram nas instituições psiquiátricas adquiriram seu preparo específico no interior dos próprios hospitais, junto aos médicos que ali atuavam. Neste convívio diário, assimilaram conceitos da psiquiatria dinâmica e os incorporaram às práticas de ensino de enfermagem.

No entanto, a introdução das enfermeiras nos hospitais psiquiátricos foi permeada por conflitos estabelecidos entre elas e os demais agentes de enfermagem que então atuavam nas instituições, pois estes não concordavam em submeter-se passivamente ao comando de outros profissionais que não fossem médicos, ou que não fizessem parte dos quadros de pessoal existentes naqueles estabelecimentos até os anos 50.

Na prática, o ingresso destas profissionais trouxe uma modificação a nível das relações sociais e da organização do processo de trabalho de enfermagem nas instituições psiquiátricas, uma vez que, nelas, a divisão social do trabalho entre os diferentes agentes de enfermagem não se pautava pelo grau de qualificação dos mesmos. Segundo observou-se, nas instituições psiquiátricas, desde os primeiros tempos, havia uma divisão do trabalho entre o pessoal de enfermagem, na qual cabia a alguns indivíduos, fossem leigos ou religiosos, a administração do pessoal e da assistência de enfermagem, enquanto os demais encarregavam-se da vigilância e do cuidado direto aos pacientes. Com a medicalização do asilo, a organização do processo de trabalho e as relações sociais de produção alteraram-se no interior do espaço asilar, estabelecendo-se uma divisão técnica do trabalho entre a categoria médica e o pessoal de enfermagem, na qual competia aos primeiros o trabalho intelectual e aos últimos o trabalho manual. No entanto, já neste período, havia uma separação entre os trabalhadores de enfermagem que eram responsáveis pelo controle do trabalho e da disciplina de seu pares e os que eram encarregados da execução dos cuidados de enfermagem - que envolvia, inclusive a aplicação de métodos terapêuticos - e da operacionalização das técnicas disciplinares.

Neste sentido, a presença das profissionais de enfermagem no interior dos estabelecimentos psiquiátricos trouxe poucas modificações à realização do cuidado direto de enfermagem naquele período, uma vez que lhes coube, na realidade, a assunção da administração da assistência e do pessoal de enfermagem, enquanto as atividades desenvolvidas junto aos pacientes continuaram sendo realizadas por indivíduos que, na sua maioria, não possuíam preparo formal específico, apesar de deterem um conhecimento empírico, construído a partir da assimilação de um saber psiquiátrico, produzida na lida diária com os internos, ao lado dos profissionais médicos.

Tal forma de organização do processo de trabalho possibilitava uma intensa participação do pessoal de enfermagem na implementação dos tratamentos psiquiátricos. Em algumas instituições cabia-lhes desde a admissão dos pacientes, na ausência dos psiquiatras, até o contato com os familiares. Em todas, era-lhes atribuída a aplicação de métodos terapêuticos prescritos pelos psiquiatras e que, pelo menos teoricamente, constituía atividade privativa da categoria médica. Nos cinco estabelecimentos psiquiátricos estudados, além da realização do cuidado de enfermagem - que envolvia a higiene e a alimentação dos internos, a administração de medicamentos e a execução dos demais procedimentos de enfermagem -, estes trabalhadores eram encarregados da limpeza dos pavilhões, da vigilância dos internos e da manutenção da disciplina no interior dos pavilhões. Conseqüentemente, era de sua responsabilidade a preservação da distribuição espacial dos indivíduos no interior dos hospitais, de acordo com as divisões prescritas pelos psiquiatras, e a organização do tempo do interno. Até a segunda metade dos anos 50, o pessoal de enfermagem era incumbido também da implementação da praxiterapia, tarefa na qual foram sendo gradativamente substituídos por outros profissionais nas décadas seguintes.

Enfim, os agentes de enfermagem tornaram-se um elemento fundamental e imprescindível para a realização das práticas psiquiátricas adotadas nos hospícios brasileiros no período compreendido entre os anos 20 e 50, originárias do projeto alienista do final do século XVIII.

Com este trabalho procurou-se contribuir para ampliar o conhecimento sobre estes agentes e estas práticas que tiveram um papel tão importante para a consolidação do modelo assistencial asilar, mas que sob muitos aspectos ainda não tinham sido tomados como objeto de estudo por outros pesquisadores que se dedicaram a investigar a história da enfermagem psiquiátrica e da psiquiatria.

Dada a necessidade de proceder a reconstrução de fontes primárias para que tal pesquisa pudesse ser realizada, a autora teve que se limitar a uma abordagem etnográfica de alguns problemas apresentados neste trabalho, deixando para trabalhos posteriores o aprimoramento da abordagem etnológica.

Entre outras questões suscitadas pelos elementos considerados neste trabalho, relaciona-se abaixo as que mais se tornaram salientes de acordo com o foco de interesse adotado para análise dos depoimentos.

Uma das questões que mereceria uma investigação é a análise da relação existente entre o Estado brasileiro e as instituições psiquiátricas, assim como das formas assumidas pela organização da assistência psiquiátrica no período de 20 a 50, sob uma perspectiva histórica. Pensa-se que a elucidação desta questão traria contribuições importantes para entender os limites e as perspectivas que se colocam às atuais propostas de organização de um modelo assistencial em saúde mental que pretendem substituir o atual modelo hospitalocêntrico que ainda é hegemônico no país.

Outra questão que mereceria ser analisada de maneira mais profunda, através de estudos de caso, por exemplo, são os mecanismos ideológicos e os aspectos psicológicos que estão envolvidos na escolha da ocupação e da profissão de enfermagem, assim como os mecanismos que levavam os trabalhadores de enfermagem a assimilar como natural a forma de organização do trabalho nos hospitais.

Outra questão ainda seria o processo de constituição de um saber próprio à enfermagem psiquiátrica, que segundo mostrou-se começa a ser construído a partir dos anos 50, e quais são as bases teóricas que lhe originam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A CENTURY OF PSYCHIATRIC NURSING. *Can. J. Psychiatric Nursing*, v. 20, n. 4, p. 5-8, july/aug. 1979. (Editorial)

ALBERTI, Verena. *História oral: a experiência do Cpdoc*. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 197 p.

ALEXANDER, F. & SELESNICK, S. *História da psiquiatria*. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1980. 573 p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1984. 128 p.

ARRUDA, Elso. Acidentes e complicações da convulsoterapia. *Arq. Bras. de Neurolatria e Psiq.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1 e 2, p. 33-62. jan./abr. 1944.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Diretrizes para a enfermagem no Brasil. Relatório do levantamento de necessidades de enfermagem no Brasil -1956-1958*. Brasília: 1980.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326 p.

BASBAUM, Leôncio. *História sincera da República: das origens até 1889*. 4. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1982. 284 p.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 453 p.

BRANCO, Alípio.C., NERY, Gabriel C., COSTA, Lucília H.C. Noções de clínica psiquiátrica e de ocupação terapêutica. *Boletim do Hospital Juliano Moreira*. Salvador, n. 55 a 60, p. 5-29. jan./jun. 1960.

BRASIL. Decreto n. 508 de 21 de junho de 1890. Aprova o Regulamento para a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Actos do Poder Legislativo.

BRASIL. Decreto n. 890 de 29 de junho de 1892. Actos do Poder Legislativo

CARVALHO, Amália C. de. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico - 1942-1980. São Paulo: 1980. 271 p.

CARVALHO, Anayde. *Associação Brasileira de Enfermagem 1926 - 1976*. Documentário. Brasília: ABEn, 1976. 514 p.

CARVALHO, José Murillo de. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. 196 p.

CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social - problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu, 1989. 306 p.

CHAUI, Marilena. *O que é ideologia*. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983. 125p.

CHURCH, Olga. The emergence of training programmes for asylum nursing at the turn of the century. In: MAGGS, Cristopher (org.) *The state of the art*. New Hampshire: Croom Helm, 1987.

COLONIA JULIANO MOREIRA. (Rio de Janeiro) Livro de registro de empregados. n. 1-2, 1890-1920.

_____. Livro de registro de empregados. n.3, 1920-1930.

_____. *Relatório anual*. 1947. Rio de Janeiro: 1947. 43 p.

_____. *Relatório anual*. 1948. Rio de Janeiro: 1948. 60 p.

COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil*. 4. ed. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989. 187 p.

CUNHA LOPES, I. Das curas tardias em psiquiatria. *Arq. Bras. de Neuratria e Psiq.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 75-80. jan./mar. 1927.

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

DECCA, Edgar. 1930- O silêncio dos vencidos: memória, história e revolução. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992. 209 p.

DOSSE, François. *A História em migalhas: dos Annales à "Nova História"*. São Paulo: Ensaio; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1992. 267 p.

ESCOLA DE ENFERMEIRAS ANNA NERY. *Prospecto*. Rio de Janeiro: 1931-1932. 35 p.

EY, H., BERNARD, P., BRISSET, C. *Manual de psiquiatria*. 5. ed. rev. (s.l.) Atheneu-Masson, (198-) 1257 p.

FERRETTI, Celso J. Uma nova proposta de orientação profissional. São Paulo: Cortez, 1988. 109 p.

FILIZOLA, Carmem. *O papel do enfermeiro psiquiatra- oprimido e opressor*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1990.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977. 277 p.

_____. *A história da loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978. 551 p.

_____. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 296 p.

_____. *A arqueologia do saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987. 239 p.

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

- FRALETTI, Paulo. Juqueri: passado, presente, futuro. *Arq. Saúde Mental Est. S. Paulo*, São Paulo, v. 46, p. 156-177, 1987. (separata)
- FRANCO DA ROCHA, F. *Hospício e colônias de Juquery: vinte annos de assistencia aos alienados em São Paulo*. São Paulo: Typ. Brasil Rotschild, 1912. 71 p.
- FRANCISCO, Berenice Rosa. *Terapia ocupacional*. Campinas: Papirus, 1988. 104 p.
- GERMANO, Raimunda. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1984.
- GODOY, Jacintho. *A psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Rio de Janeiro: Ed. O Cruzeiro, 1952. 461 p.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 246 p.
- GUSSI, Maria Aparecida. *A institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1987.
- HAHNER, June. *A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850 - 1937*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- HOSPITAL-COLÔNIA DE BARBACENA (Rio de Janeiro). Hospital-Colônia de Barbacena. Regimento Interno, 1937. Barbacena: 1937. 40 p.
- HUMEREZ, Dorisdaia C. *Enfermagem e Loucura: visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática de enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1988.
- JANIAUX-NICOLOT, Jaqueline. Infirmiers psychiatriques: recherchent statut désespérément. *L'Infirmière Magazine*. n. 26, p.45-7, mars. 1989.
- KAPLAN, Harold & SADOCK, Benjamin. *Compêndio de psiquiatria*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- KIRSCHBAUM, Débora I.R. *As práticas educativas para auxiliares de saúde na Secretaria Municipal de Campinas: exame do programa de atenção primária*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 1989.
- _____. *Enfermagem, psiquiatria e higiene mental - um estudo das práticas pedagógicas de 1890 a 1940, no Brasil*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, 1991. 28 p., (mimeo)
- LAPLANTINE, François. *Aprender Antropologia*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 205 p.
- MACHADO, Roberto et al. *Da(n)ação da norma*. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p.
- MAIA, Edmundo. Assistência psiquiátrica no Brasil. *J. Bras. Psiq.*, v. 10, n. 2, p. 133-146. 1956.

- MARQUES, Vera Regina B. *Eugenia da disciplina - o discurso médico-pedagógico nos anos 20*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 1992.
- MARTINS, Cyro & SLAVUTZKY, Abrão. *Para início de conversa*. Porto Alegre: Movimento, 1990.
- MARTINS, Mário. *Epilepsias e outros estudos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 103 p.
- MASSENA, Nestor. *Barbacena: a terra e o homem*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1985. 2 v.
- MATTA, Roberto da. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 272 p.
- MELO, Cristina. *Divisão social do trabalho e Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.
- MELLO, Guiomar N. de. Magistério de 1o grau: da competência técnica ao compromisso político. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1982. 151 p.
- MELLO, João Manuel C.de. *O Capitalismo Tardio*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. 182 p.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269 p.
- MIRANDA, Cristina Maria L. *O parentesco imaginário - história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar*. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, 1990.
- MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - 100 anos de história*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, 1990.
- MOREIRA, Diva. *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis: Vozes, 1983. 206p.
- MOREIRA, J. Qualidades necessárias ao enfermeiro de psychopatas. *Arq. Bras. de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 81-86, abr./jun. 1933.
- OGATA, Marcia N. *Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1992.
- PACHECO E SILVA, Antônio C. *Cuidados aos psychopatas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Waissman-Koogan, s/d. 207 p.
- _____. *A Assistência a psicopatas no estado de São Paulo*. São Paulo: s/ed., 1945. 64 p.
- PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979. 138 p.

PIRES, Denise. *Hegemonia médica e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PONTES, Clélia. Contribuição à história da enfermagem - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. A pioneira das escolas de enfermagem no Brasil. *Revista Bras. de Enf.*, Brasília, v. 24, n. 3-4, p. 199-214, abr./jun. 1971.

PORTO-CARRERO, J. P. Enfermagem no tratamento das neuroses. *Arq. Bras. de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 4-15, jan./set. 1932.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais: do indizível ao dizível. *Ciência e Cultura*, v. 39, n. 3, p. 272-286, mar. 1987

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. *Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva*. São Paulo: USP-CERU, 1985. (Textos 4)

RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 209 p.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil. In: COSTA, N. R. & TUNDIS, S. A. (orgs.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. 288 p.

_____. 2. ed. In: COSTA, N. R., TUNDIS, S. A. (orgs.) *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO: 1990. 288 p.

RIBEIRO, Maria Alice R. (coord.) *Trabalhadores urbanos e ensino profissional*. 2.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1986. 308 p.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 3550, de 29 de dezembro de 1925. Aprova o Regulamento do Hospital São Pedro. Porto Alegre, Oficinas Graphicas da Federação, 1926.

_____. Secretaria do Interior e Justiça. Decreto n.7229, de 13 de abril de 1938. Decretos Estaduais. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, s/d, p. L-0730.

_____. Decreto no. 7782, de 2 de maio de 1939. Cria a Escola Profissional de Enfermagem do Serviço de Assistência a Psicopatas e aprova o seu regulamento. *Jornal do Estado do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, p.12, 2 mai. 1939.

ROHRIG, OLDEMAR. Repertório da legislação riograndense. Porto Alegre: Oficinas Graphicas "A Federação", s/d.

ROXO, Henrique. Idéias atuais sobre psiquiatria. *Arq. Bras. de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 9-24, nov. 1944.

SAFFIOTI, Heleieth. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1976.

SANTOS, Wanderlei Guilherme dos S. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Campus, 1987. 89 p.

SEGNINI, Liliana. *A liturgia do poder: trabalho e disciplina*. São Paulo: EDUC, 1988. 187 p.

SEYMER, A. *A general history of nursing*. London: Faber and Faber, 1949. 332p.

SILVA, Graciete B. *Enfermagem Profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986. 143 p.

SILVA, Sérgio. *Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil*. 6.ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1985. 119 p.

SOIHET, Raquel. *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana, 1890 - 1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

SOUZA, Décio S. de. Notícia histórica sobre as origens da assistência a psicopatas no Rio Grande do Sul e sua evolução. In: *Polyanthéia Riograndense*. Porto Alegre: Globo, 1942. p. 76-80.

TARGINO, Maria das Graças. *Citações bibliográficas e notas de rodapé: um guia para elaboração*. Teresina: UFPI, 1993. 42 p.

TEIXEIRA BRANDÃO, J. C. Os alienados no Brasil. Arq. Bras. Neuropsiquiatria e Psiquiatria, v. 39, n. 2, p. 82 apud GUSSI, Maria Aparecida. *A institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1987.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado: história oral*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1992. 385 p.

UCHÔA, Darcy. *Organização da psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981. 186p.

URQUIZA, Lígia Maria de França Pereira. *Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1991.

VIEIRA, Evaldo A. *Estado e Miséria Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.

_____. *Autoritarismo e corporativismo no Brasil: Oliveira Vianna & companhia*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1981. 149 p.

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1. O que o(a) levou a trabalhar em psiquiatria (enfermagem psiquiátrica)?**
- 2. Que tipo de formação o sr.(sra.) recebeu para trabalhar em psiquiatria?**
- 3. Quem foram seus professores e que tipo de influência exerceram em sua formação?**
- 4. Como era estruturado o serviço ou o hospital no qual o sr.(sra.) trabalhou?**
- 5. Como era o relacionamento dos profissionais de enfermagem entre si?**
- 6. E com a equipe médica?**
- 7. Como eram tratados os pacientes?**
- 8. Que tipo de tratamentos eram empregados? Quais as condutas mais adotadas?**
- 9. O que se pensava sobre atendimento de saúde no país?**
- 10. Qual a visão que o sr.(sra.) tinha sobre doença mental?**
- 11. O sr.(sra) pertencia a algum tipo de associação profissional ou partido político na época?**