

Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950

Resumo: O Hospital Colônia Adauto Botelho foi inaugurado no estado do Paraná, no Brasil, em 1954, quando se encontrava em curso uma política de saúde pública em grande parte ancorada nos aparatos estatais construídos a partir dos anos 1930. A adesão do governo brasileiro às diretrizes propaladas pela Organização Pan-Americana da Saúde favoreceu a configuração da política que instituiu também um novo cenário para a assistência psiquiátrica. Neste artigo discutem-se as articulações entre as diretrizes internacionais, as políticas nacionais e a assistência regionalizada, configuradas na história da implantação do hospital-colônia no Paraná.

Palavras-chave: assistência psiquiátrica; hospital-colônia; Hospital Colônia Adauto Botelho; história da psiquiatria; Brasil.

Health policies and psychiatric assistance in Brazil: The ideology of hospital-colonies and the build of the Adauto Botelho hospital in Paraná in the fifties

Abstract: Hospital Colônia Adauto Botelho was opened in the state of Paraná - Brazil in 1954, when there was an ongoing public health policy based majorly on the governmental apparatus built since the 1930s. The Brazilian government adherence to the guidelines promoted by Pan American Health Organization favored the political settings that also instituted a new background for the psychiatric care. In this article we discuss the relations between international guidelines, national policies and regionalized care, configured in the history of implementation of hospital-colony in Paraná.

Keywords: psychiatric care; colony hospital; Hospital Colônia Adauto Botelho; history of psychiatry; Brazil.

Políticas de salud y asistencia social en Brasil. El ideario de los hospitales-colonia y la construcción del Adauto Botelho en Paraná, años cincuenta

Resumen: El Hospital Colonia Adauto Botelho fue inaugurado en el estado de Paraná - Brasil, en 1954, cuando se encontraba en curso una política de salud pública, en gran parte anclada en el aparato estatal construido a partir de 1930. La adhesión del gobierno brasileño a las directrices impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud favoreció a la configuración de la política que también instituyó un nuevo escenario para la atención psiquiátrica. En este artículo se analizan los vínculos entre las normas internacionales, las políticas nacionales y la atención regionalizada, configurado en la historia de la aplicación de un hospital-colonia en Paraná.

Palabras clave: atención psiquiátrica; hospital-colonia; Hospital-Colonia Adauto Botelho; historia de la psiquiatria; Brasil.

Cómo citar este artículo: Yonissa Marmit Wadi y Attiliana de Bona Casagrande, "Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950", *Trashumante. Revista Americana de História Social* 5 (2015): 174-198.

Fecha de recepción: 8 de agosto de 2014

Fecha de aprobación: 24 de octubre de 2014



Yonissa Marmit Wadi: Doctora en Historia de la Pontificia Universidade Católica de São Paulo. Becaria de productividad en Investigación del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Profesora Asociada del Centro de Ciencias Humanas y Sociales y de los programas de Posgrado en Historia y Ciencias Sociales de la Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Correo electrónico: yonissa@pq.cnpq.br; yonissa.wadi@unioeste.br

Attiliana de Bona Casagrande: Licenciada en Ciencias Sociales de la Universidade Estadual do Oeste do Paraná y Maestra en Sociología Política de la Universidade Federal de Santa Catarina.

Correo electrónico: attiliana_@hotmail.com

Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950¹

Yonissa Marmit Wadi y Attiliana de Bona Casagrande

Introdução

O Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB) foi inaugurado no estado do Paraná, no Brasil, em 1954, já na fase final do segundo governo presidencial de Getúlio Vargas (1951-1954), quando se encontrava em curso em grande parte, ainda, uma política de saúde pública ancorada nos aparatos estatais construídos nos quinze anos do primeiro governo daquele presidente (1930-1945).²

A adesão do governo brasileiro às diretrizes debatidas internacionalmente, de maneira especial sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), contribuiu para a configuração dessa política que instituiu também um novo cenário para a assistência psiquiátrica. Este foi delimitado inicialmente pela criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), em 1941, e pelo planejamento da assistência psiquiátrica gestado principalmente através do *Plano Hospitalar Psiquiátrico*, com a subsequente implantação de uma série de serviços, setores e instituições que deveriam estar presentes em todo o país, a exemplo dos hospitais-colônia.

Neste artigo, discutem-se as articulações entre as diretrizes internacionais, as políticas nacionais e a assistência regionalizada, a partir da história da implantação e dos primeiros anos do hospital-colônia no Paraná. O HCAB, inaugurado em município adjacente à capital desta unidade federativa brasileira, foi o primeiro —e até hoje é o único— hospital psiquiátrico público do estado.

1. Este artigo apresenta resultados de pesquisa desenvolvida com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e da Fundação Araucária de Pesquisa.
2. Getúlio Vargas (1882-1954) ascendeu ao poder em 1930, com a chamada Revolução de 1930, governando inicialmente, de forma provisória, até 1934, quando foi eleito de forma indireta para um mandato que deveria ir até 1937. Em 1937, com o chamado golpe do Estado Novo, foram canceladas as eleições e Vargas permaneceu no poder até 1945. Em 1951, voltou ao poder através da eleição direta para um novo mandato que deveria durar até 1956 e foi interrompido por seu suicídio em 1954. Sobre a Revolução de 1930 e maiores detalhes sobre a vida e os governos de Vargas. Ver CPDOC, *A Era Vargas - 1º tempo-dos anos 20 a 1945* (Rio de Janeiro: CPDOC, 1997). <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos37-45/PoliticaAdministracao> (15/10/2014). Um maior detalhamento do período do Estado Novo encontra-se na nota 18.

1. Articulações entre diretrizes internacionais, políticas nacionais e assistência regionalizada nas décadas de 1940 e 1950

No primeiro governo do presidente Getúlio Vargas, especialmente a partir de 1937, iniciara-se um processo de reorganização geral da estrutura da saúde pública brasileira – com a chamada Reforma Capanema³ –, através de ações de centralização normativa (novas leis, regulamentos e códigos sanitários para padronizar as atividades dos serviços de saúde nos estados) e descentralização executiva, no sentido de fortalecer a presença federal nas unidades federativas, ora compondo com os interesses regionais, ora contrapondo-se a estes. Assim, foi estabelecido um arcabouço burocrático-institucional, com a criação ou reformulação de órgãos, criação de distritos sanitários e instalação de postos de saúde, cujo intuito era fortalecer a centralização e a hierarquização da estrutura de saúde, estabelecendo mecanismos para normalizar e controlar a execução das atividades na área. Além disto, foram promovidas ações para a profissionalização de agentes ligados à saúde.⁴

Todo este movimento marcou também a adesão do governo brasileiro a propostas debatidas internacionalmente, de maneira especial sob os auspícios da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Na história desta instituição fundada em 1902, no que diz respeito aos seus primeiros cem anos de funcionamento, tem sido destacada nos documentos oficiais e balanços sobre o período como fator mais relevante de sua atuação a constituição de uma base comum para o enfrentamento de problemas considerados graves, especialmente nos países da América Latina e Caribe, propondo-se a adoção de políticas de saúde para combatê-los.⁵ A despeito de diferenciações na criação e na aplicação de políticas específicas nos países onde atuavam, os movimentos para refrear o alastramento de doenças transmissíveis —como a febre amarela e a peste bubônica— tiveram muita força na OPAS desde sua fundação aos anos 1940, ampliando-se gradativamente as ações e mesmo o conceito de saúde que lhes dava base. A participação ativa do Brasil nos programas propostos pela OPAS teve impacto relevante na formação de um novo sanitarismo no país e na consolidação da liderança de sanitaristas brasileiros no

3. Em alusão ao titular do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), desde julho de 1934 até outubro de 1945, Gustavo Capanema (1900-1985), proponente da reforma elaborada por um conjunto de sanitaristas de renome na época. Ver Cristina M. O. Fonseca, *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público* (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007).

4. Nísia Trindade Lima e outros, eds. *A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica, Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS* (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005) 27-58; André L.V. Campos, “Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem”, *Ciência & saúde coletiva* 13.3 (2008): 879-888.

5. Nísia Trindade Lima, “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões”, *Caminhos da saúde no Brasil*, org. Jacobo Finkelman (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002) 24-116. <http://books.scielo.org/id/sd/20/07/2014>. Para esta autora a OPAS constituiu-se como a mais antiga organização de cooperação na área de saúde e uma das primeiras instituições de cooperação internacional. Em 1949 e 1950, acordos com a Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1948, fizeram com que a OPAS fosse reconhecida como um organismo regional dotado de autonomia em matéria de saúde pública, tornando-se então o escritório regional para as Américas da OMS e uma Organização Especializada Interamericana dentro da OEA. Ver Marcos Cueto, *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde* (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007).

cenário das Américas, bem como transformou o país num grande laboratório de conhecimento e práticas de saúde pública e em uma escola para novas campanhas.⁶

Por outro lado, a própria consolidação da OPAS, como organização de integração entre os diversos países das Américas, deveu-se à adesão a tais programas, propostos e debatidos nos congressos internacionais promovidos pela instituição, especialmente entre os anos de 1930 e 1945.⁷

No longo período que se estende da criação da OPAS até 1947, pode-se afirmar que dois elementos foram os mais relevantes em sua relação com os países que a integravam: a difusão de ideias científicas e relacionadas a ações de saúde – principalmente por meio das Conferências Sanitárias Pan-Americanas e do *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana* – e a proposta de regulação da notificação e formas de combate às doenças transmissíveis com a aprovação do Código Sanitário Pan-Americano em 1924. No Brasil, o debate e as campanhas contra a febre amarela e seu vetor ocupavam posição de destaque, o que se estenderia até a década de 1950, com a criação de um programa de erradicação do *Aedes aegypti* para o continente americano. Seria simplificador, no entanto, observar, apenas do ponto de vista das ações de combate a essa doença, as relações e as influências recíprocas entre os fóruns promovidos pela OPAS e as ações de saúde pública realizadas no Brasil. Não existem muitas fontes sobre a atuação de brasileiros nesse organismo, mas, principalmente pelas Conferências Pan-Americanas, podem-se levantar algumas possibilidades de interpretação. É possível identificar, no âmbito desses fóruns, temas que constituíam a agenda de saúde pública no Brasil, principalmente a ideia de reforma da saúde pública com a criação de um Ministério da Saúde.⁸

Parte significativa das ações renovadoras debatidas nos congressos internacionais foi no Brasil colocada em prática pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), órgão responsável pela execução das ações de saúde pública do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).⁹ Após a reforma administrativa do ministério em 1941, denominado então apenas como Ministério da Educação e Saúde (MES), ainda sob a titularidade de Capanema e conduzida pelo titular do DNS, João de Barros Barreto —um dos sanitaristas com expressiva atuação no período

6. Lima, “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde...” 46.

7. Lima, *A saúde na construção* 44.

8. Lima, “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde...” 47–48. Segundo a autora: “Nas décadas de 1930 e 1940, o Brasil progressivamente ocupa posição de mais destaque na OPAS, o que culminou com a escolha de João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, para Vice-Diretor na X Conferência, realizada em Bogotá, em 1938.» Dirigentes governamentais brasileiros, entre outras coisas, «desenvolveram intensa atividade de divulgação não apenas de sucessos no combate a doenças transmissíveis, mas de reorientações na administração pública, com ênfase em racionalidade, extensão territorial e constituição de sólida burocracia», mostrando a adesão às propostas em pauta na OPAS. João de Barros Barreto (1890–1956), de que falaremos a seguir, foi diretor do DNS entre 1937–1939 e 1941–1945. Ver Gilberto Hochman, “Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930–1945)”, *Educar* 25 (2005): 127–141.

9. O DNS substituiu, a partir de 1937, o DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), ver Fonseca. O MESP foi criado em 1930, logo após o presidente Getúlio Vargas regulamentar o Governo Provisório, ambos por decreto. Em 1937, após a implementação da Reforma Capanema, passou a denominar-se apenas Ministério da Educação e Saúde (MES), e em 1953, instituído pela lei 1.920 de 25 de julho, simplesmente Ministério da Saúde (MS). Ver Ana Luce G. S. Lima e Maria Marta S. Pinto, “Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde”, *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 10.3 (2003): 1035–1037; Gilberto Hochman, “Reformas, instituições...” 127–141.

em que desempenhou papel de destaque na OPAS¹⁰—, houve a verticalização das ações de saúde, sua centralização e a ampliação da base territorial do governo federal —ações também debatidas e propugnadas pelas OPAS desde sua fundação—, além da segmentação das ações em serviços nacionais voltados a doenças específicas, dentre as quais as chamadas doenças mentais.¹¹

A estrutura verticalizada e organizada por doenças é uma das características da história da saúde pública no Brasil que se manteria nos anos posteriores (Fonseca, 2001). O exame do organograma de 1942 do Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde revela uma estruturação voltada para doenças específicas, naquele momento organizadas por serviços nacionais: de febre amarela, malária (ao qual se subordinavam ações profiláticas contra doença de Chagas e esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais.¹²

Foi assim, também nessa década, que se configurou um novo cenário para a assistência psiquiátrica, delimitado inicialmente pela criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) —que agregou a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP), de abrangência nacional, e a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (SAF-DF) —, com a subsequente implantação de uma série de serviços, setores e instituições que deveriam estar presentes em todo o país,¹³ dentre as quais os hospitais-colônia, como o Aduato Botelho, que seria inaugurado anos depois, no Paraná.

A criação do SNDM, em 1941, posto sob a direção do médico psiquiatra e professor de psiquiatria Aduato Junqueira Botelho,¹⁴ pode ser considerada como parte do esforço de centralização, coordenação e normalização das políticas pelo governo federal e descentralização das ações executivas, relativas especificamente à assistência psiquiátrica, pois àquele serviço cabia a formulação e a coordenação da política assistencial psiquiátrica de âmbito nacional, e aos serviços ou divisões de assistência psiquiátrica dos estados, já existentes ou a serem criados, sua implan-

10. Segundo Lima: "No caso de João de Barros Barreto, pode-se dizer que representou a autoridade sanitária do país no período mais extenso à frente da política nacional de saúde. Diretor do Departamento Nacional de Saúde, entre 1938 e 1945, foi responsável pela extensão dos postos de saúde no território nacional e pela consolidação da estrutura verticalizada dos serviços de combate às doenças. Atribuiu também prioridade ao registro estatístico das campanhas de saúde pública, contribuindo para a implantação de um sistema de informações sobre as doenças transmissíveis e a captura de vetores". Ver Lima, "O Brasil e a Organização..." 45; A informação de que João de Barros Barreto (1890-1956) representou oficialmente o Brasil em diversos eventos internacionais é dada por Fonseca 178.

11. Lima, "O Brasil e a Organização..." 45-46; Lima, *A saúde na construção* 43-44.

12. Lima, "O Brasil e a Organização..." 45-46.

13. Ver Fonseca e também André L. C. Braga, "O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal" (Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz-Casa de Oswaldo Cruz, 2013).

14. Aduato Botelho (1895-1963) formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil em 1917 e "junto com Pedro Pernambuco Filho, Ulysses Vianna e Antonio Austregésilo, em 1921, fundou o Sanatório Botafogo, que se tornou famoso na assistência aos doentes mentais em nível privado". Em 1940 "assumiu a direção da Divisão de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e por sua iniciativa foi criado em 1941 o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o qual dirigiu desta data até 1954, deixando sua direção logo após a morte do presidente Vargas". Ver Walmor Piccinini, "Aduato Junqueira Botelho: notas biográficas", *Psychiatry on line Brasil* 14.2 (2009). <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php> (24/04/2014).

tação efetiva.¹⁵ No regimento do novo órgão governamental são explicitadas as atribuições do mesmo, permitindo a percepção da relação a ser estabelecida entre o governo central e os estados da federação:

II. Planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção a psicopatas, orientando, coordenando e fiscalizando as respectivas instalações e atividades; [...] XII. Cooperar com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas-padrões para hospitais, dispensários e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas; XIII. Emitir pareceres sobre projetos de localização, construção, remodelação, adaptação e instalações de serviços de assistência a psicopatas.¹⁶

Ideias programáticas e o arcabouço institucional de décadas anteriores foram incorporados, como as já existentes colônias agrícolas. Por outro lado, os hospitais-colônias —cuja lógica de tratamento deveria ser a praxiterapia, aliada à assistência hetero-familiar e somada a modernos recursos hospitalares—, tornaram-se os modelos assistenciais preferenciais.¹⁷ Para Braga,

Manteve-se também a preocupação, crescente nos anos subsequentes, com a difusão de práticas de higiene mental por meio do trabalho nos ambulatórios de higiene mental, já construídos a partir de 1938, portanto, três anos antes da criação do órgão. Afirmava-se ainda a necessidade de abrigar delinquentes doentes mentais em manicômios judiciais e, por fim, a percepção de que o serviço psiquiátrico prestado em todo o território nacional era insuficiente. Tornava-se necessário, portanto, levar as medidas supracitadas a todos os estados brasileiros, inclusive ao Distrito Federal, onde o órgão assumia a responsabilidade direta das ações assistenciais, distintamente das outras unidades federativas, nas quais o SNDM auxiliava de forma indireta os serviços estaduais através de ajuda financeira e técnica. Por ser criada durante o Estado Novo, pode-se entender que o órgão também foi projetado seguindo as ideias contidas no grupo que estava no poder, centralizadoras e antifederalistas.¹⁸

-
15. Ana Teresa A. Venancio e Janis A. Cassilia, “Política assistencial psiquiátrica e o caso Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social”, *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*, eds., Yonissa M. Wadi e Nádia M. W. Santos (Uberlândia: EDUFU, 2010) 51-83; Ana Teresa A. Venancio, “Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 18.1 (2011): 35-52; Yonissa M. Wadi, “Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná”, *Revista Tempo e Argumento* 1.1 (2009): 68-98.
16. Brasil. “Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde”, *apud* Cleice de Souza Menezes, “Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara: Políticas e assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978” (Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - Casa de Oswaldo Cruz, 2012) 67.
17. Venancio, “Da colônia agrícola...” 35-72; Braga 76-80..
18. Braga 76-77; “Estado Novo” é o nome com que é comumente nomeado pela historiografia brasileira o período entre 1937 e 1945, do primeiro governo do presidente Getúlio Vargas, no qual este exerceu o poder de forma ditatorial, com a outorga de uma nova Constituição, centralização e supressão dos direitos políticos, com o fechamento do Congresso Nacional, das assembleias legislativas, câmaras municipais e dos partidos políticos, nomeação de interventores para governar os estados da federação e ampla atuação dos militares em setores estratégicos como siderurgia e petróleo. “Em linhas gerais, o regime propunha a criação das condições consideradas necessárias para a modernização da nação: um Estado forte, centralizador, interventor, agente fundamental da produção e do desenvolvimento econômicos. Por todas essas características, muitos identificaram Estado Novo e fascismo.” Ver CPDOC.

O *Plano Hospitalar Psiquiátrico: sugestões para uma ação supletiva da União*, apresentado pelo SNDM, possivelmente no mesmo ano da criação do órgão,¹⁹ parece constituir-se na primeira ação consistente no sentido de efetivar as diretrizes governamentais no âmbito da assistência às então chamadas psicopatias. Nesse documento, o SNDM indicou a necessidade de enfrentar o que denominou de um problema de larga repercussão, que não era compreendido adequadamente, o que poderia legar às gerações futuras uma calamidade. Sugeria, assim, que fosse aproveitado o movimento de “reformas por que passam todas as nossas instituições, o que enseja iniciativas que dantes pareciam irrealizáveis”.²⁰

Tomando como ponto de partida dados levantados por um inquérito iniciado em 1937 pelo DNS, complementados por informações que indicou terem sido obtidas por ação direta do diretor da DAP e psiquiatras da 5ª e 7ª regiões administrativas em inspeções estaduais,²¹ o documento apresentou inicialmente uma avaliação das condições da assistência psiquiátrica no país. Reconheceu, neste, a situação de desigualdades e diferenças entre as diversas unidades federativas, na medida em que em algumas dessas o problema da assistência —pensado quase que exclusivamente em termos de sua existência ou não e das condições dos hospitais ou alas destinadas aos chamados insanos— quase atingia a extensão e a qualidades desejadas, enquanto em outros “o insano ainda não foi sequer encarado de modo humano”.²² Nesta parte do documento, o estado do Paraná mereceu um parágrafo:

PARANÁ - Em Curitiba está localizado o único estabelecimento psiquiátrico do Estado; pertence à Santa Casa de Misericórdia e recebe subvenção do Estado, do Município e da União. Denomina-se “Hospício Nossa Senhora da Luz”, e é dirigido pelo professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Paraná.²³

Em sua segunda parte, o documento apresentava uma classificação dos estados, que indicava como provisória, pelo grau de assistência que dispensavam aos seus doentes e, nesta, o Paraná figurava —juntamente com os estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais— entre aqueles que assistiam e tratavam “os doentes mentais por métodos atualizados, fazem a prevenção das psicopatias e realizam serviços sociais”.²⁴

19. O Plano Hospitalar Psiquiátrico apresentado em “papel timbrado do DNS ao ministro da Educação e Saúde, sem data, parece ter sido elaborado após 1938 (pois cita legislação desse ano) e antes de 1941, dadas as referências à Divisão de Assistência a Psicopatas e a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal”, ver Venancio, “Da colônia agrícola...” 50.

20. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico. Sugestões para a ação supletiva da União Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde”, s.d. (a). Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV), Rio de Janeiro, Arquivo Gustavo Capanema, GCh 34.08.03, doc. n. II-14, Mimeo, p.1. Na citação de trechos das fontes a grafia original foi atualizada. Em outros textos autoras como Venancio e Cassilia Venancio, “Da colônia agrícola...” e Yonissa M. Wadi, “Uma história da loucura”, *Instituições de assistência psiquiátrica do estado do Paraná: inventário*, org. Yonissa M. Wadi (Guarapuava-Cascavel: Editora da Unicentro-Edunioeste, 2012) já discutiram aspectos do desenvolvimento de uma política assistencial psiquiátrica neste período.

21. Na época compunham a 5ª. região administrativa os estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo e a 7ª região administrativa, os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, ver Braga 75.

22. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico...” 7.

23. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico...” 11.

24. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico...” 13.

O lugar ocupado pelo Paraná nessa classificação é bastante curioso, na medida em que no momento da divulgação do plano, por volta de 1941, o estado contava com uma estrutura pequena de atendimento, ou seja, apenas o hospital mencionado acima. Outras instituições voltadas ao atendimento psiquiátrico no estado, pelo que se tem notícia através de várias fontes consultadas, foram criadas apenas anos depois: em 2 de maio de 1944 foi fundado o primeiro ambulatório localizado também na capital, Curitiba, e em 31 de março de 1945 foi inaugurado o Sanatório Bom Retiro, hospital espírita cuja construção fora iniciada ainda nos anos 1920.²⁵

Após apresentar a relação estatística do total de doentes mentais existentes nas diversas instituições estaduais, como Institutos de Assistência a Psicopatas do Brasil (federais, estaduais e particulares), compilados pela DAP, na qual o Paraná aparecia com 428 doentes, iniciava-se a parte do plano destinada às sugestões para a ação supletiva da União.²⁶

Dentre as ações sugeridas no plano estava o auxílio técnico da DAP aos estados para que fossem elaboradas plantas para a construção de novas instituições. Estas deveriam seguir um critério uniforme, conforme o que era tido como “técnicas assistenciais modernas”, bem como adequar-se às possibilidades econômico-financeiras dos próprios estados. Sendo assim, o padrão sugerido foi o de construções do tipo do hospital-colônia, modalidade hospitalar considerada na época como eficiente e menos dispendiosa, na medida em que previa que a assistência deveria ser sumarizada nas instituições indispensáveis, gradativamente implantadas conforme “o progresso da assistência local e as possibilidades orçamentárias”.²⁷

O projeto de expansão dos hospitais públicos consolidou-se com o Decreto-lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946, que autorizou o SNDM a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.²⁸ Neste ano, já transcorria o governo de Eurico Gaspar Dutra²⁹ que sucedera Getúlio Vargas com o fim da ditadura do Estado Novo. Porém, no que diz respeito à trajetória da assistência psiquiátrica, não houve mudanças substanciais nas diretrizes e quadro organizacional, pois Adauto Botelho permaneceu como diretor do SNDM e, assim, “de um lado mantiveram-se as políticas voltadas para a prevenção e de outro foi incrementada a rede hospitalar psiquiátrica, sobretudo, para além das fronteiras da cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal”.³⁰

O decreto de 1946 indicou “a intensificação da assistência psiquiátrica nas regiões em que os estudos procedidos pelo órgão especializado do Departamento

25. Maderli Sech, “Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro 55 anos a serviço da comunidade”. http://www.mundoespirita.com.br/antigo/jornal/jornal2000/hospital_espirita_de_psiquiatria (10/09/2008); Wadi, “Uma história da loucura”.

26. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico...” 14.

27. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico...” 15.

28. Brasil, “Presidência da República. Decreto-lei n. 8.550, de 3 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar Acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional”, *Diário Oficial da União*, Seção 1, 5 de janeiro 1946:163.

29. Eurico Gaspar Dutra (1883-1974) foi eleito por sufrágio direto e ocupou a presidência da República entre o 31 de janeiro 1946 e 31 de janeiro 1951. <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes> (20/04/2014).

30. Braga 79.

Nacional de Saúde revelarem deficiências”.³¹ Segundo o *Plano Hospitalar*, o Paraná estava entre os estados que assistiam e tratavam os doentes mentais por métodos atualizados, porém, como indicamos anteriormente, dispunha de apenas uma instituição voltada a este tipo de assistência, com uma oferta reduzida de leitos.³² Esta situação parece ter sido a motivação fundamental para que, a despeito do Paraná ter um grau de assistência considerado adequado, ainda assim tenha recebido ajuda federal para expandir sua assistência, o que resultou, já no ano seguinte, no início da construção de seu hospital-colônia.

O local escolhido para a construção foi um terreno doado pelo governo do estado —ainda no governo do interventor Manoel Ribas³³— e distante vinte e seis quilômetros do centro da capital, Curitiba, no bairro do Canguiri, então município de Piraquara.³⁴

A pedra fundamental da instituição foi lançada em 1947, e a construção do pavilhão “em espinha de peixe”, com 2.123 m² de área construída e projetada para receber 350 internos, foi finalizada em 1951,³⁵ no final do governo de Moyses Lupion.³⁶ Mas a inauguração e o início efetivo do funcionamento do HCAB —cujo nome homenageava o então diretor do SNDM— ocorreram apenas em 5 de junho de 1954, durante a gestão de Bento Munhoz da Rocha Neto como governador.³⁷ Documentos do próprio hospital apontam que isto ocorreu em razão de interferência do SNDM, que considerara que o hospital não tinha material necessário para seu funcionamento.³⁸

Em suas memórias, o médico Tito Moreira Salles, que ingressou no HCAB em 1954, nomeado como “tarefeiro” pelo governo do estado quando ainda cursava o 2º ano de medicina, narra com tom anedótico os eventos que cercaram a inauguração do hospital e a escolha de seu nome:

Nosso hospital arrastava-se a passos de tartaruga, o que muito irritava o diretor do Departamento Nacional, até que este deu o *ultimatum* ou se inaugurava ou não se teria mais nada. Falava-se também, Adauto Botelho, hoje seria A.B., era muito vaidoso. Para agradá-lo o Hospital-Modelo

31. Brasil, “Presidência da República. Decreto-lei n. 8.550...” 163.

32. Brasil, “Plano Hospitalar Psiquiátrico...” 19.

33. Manoel Ribas (1873-1946) esteve à frente do governo paranaense em três momentos diferentes: como interventor de 1932 a 1934; como governador de 1935 a 1937; e outra vez como interventor de 1937 a 1945. Não se localizou informação exata sobre a data da doação do terreno, mas supõe-se ter sido no último período de gestão de Manoel Ribas, conforme afirma o médico Arnaldo Gilberto no histórico que faz parte do primeiro relatório que redigiu como Diretor do HCAB. Ver Paraná, “Secretaria de Estado de Governo. Período Republicano - 1889 a 2010 - Governadores do Estado”. <http://www.seeg.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=95> (20/04/2014); Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB), Piraquara, Caderno 1, f. 25.

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

35. Paraná-HCAB, “Histórico do HCAB”, Pinhais, 2003. HCAB, Piraquara..

36. Moyses Lupion (1908-1991) foi governador do Paraná entre 12/03/1947 e 31/01/1951, ver Paraná, “Secretaria de Estado de Governo. Período Republicano”.

37. Bento Munhoz da Rocha Neto (1905-1978) foi governador do Paraná entre 31/01/1951 e 3/05/1955, ver Paraná, “Secretaria de Estado de Governo. Período Republicano”.

38. Paraná-HCAB, “Projeto de desinstitucionalização e ressocialização da clientela de longa permanência e implantação de residências terapêuticas”, Pinhais, 2003. HCAB, Piraquara.

Figura 1. Divisão Política do Paraná [1950], com destaque para o município de Piraquara, sede do HCAB



Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), “Estado do Paraná. Divisão Política 1950” (s.e.) 2010. http://www.ipardes.gov.br/pdf/mapas/base_fisica/Divisao_politica_1950_base_2010.pdf (20/10/2014)

para Psicopatas teria seu nome, o de A.B., e assim foi inaugurado da noite para o dia. Conta-se que ainda na véspera da inauguração os caminhões chegavam carregados de camas e móveis e muitos médicos ajudaram a os descarregar para ter os utensílios a tempo no lugar conveniente.³⁹

Anedotas a parte, verdadeira ou não a vaidade do titular da SNDM, o certo é que no processo de expansão da assistência psiquiátrica no Brasil, ainda durante a gestão de Adauto Botelho, que findaria no mesmo ano de 1954, houve a inauguração de outros dois hospitais-colônias com seu nome: um em Aracaju, no estado de Sergipe, e outro em Vitória, no Espírito Santo.⁴⁰

Logo nos primeiros meses de seu funcionamento, em 1954 —lembrando que o hospital fora inaugurado no mês de junho—, com o final do segundo governo Vargas, em agosto, houve a mudança da direção do referido órgão, que passou ao psiquiatra paranaense radicado no Rio de Janeiro, Jurandyr Manfredini. Este fora indicado pelo então ministro da saúde, o também paranaense Aramis Taborda de Ataíde.⁴¹ Atente-se que, antes de ser ministro e por ocasião da inauguração do

39. Tito Moreira Salles, “História do HCAB”, Curitiba, s.d. HCAB, Piraquara, f.3.

40. Heitor I. Resende, “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, Cidadania e loucura”, *Políticas de Saúde Mental no Brasil*, org. Silvério A. Tundis e Nilson do R. Costa (Petrópolis: Ed.Vozes, 1992) 50.

41. Louise V. M. Vidal e Wellington M. Amorim, “Reconhecimento do psiquiatra Jurandyr Manfredini entre estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955”, *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 4.1 (2008). <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38669> (11/05/2014); Segundo os mesmos autores: “Em 16 de setembro de 1954, por Decreto do Presidente em exercício, João Café Filho, Jurandyr Manfredini substituiu Adauto Botelho na Direção do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), indicado pelo Ministro da Saúde Aramis Taborda de Ataíde. Em 1955, foi publicado o primeiro exemplar da *Revista Brasileira de Saúde Mental*, fundada por iniciativa de Jurandyr Manfredini, como

HCAB, Ataíde acumulava a direção de duas secretarias de estado no Paraná, as pastas do Interior e Justiça e a de Educação e Saúde.⁴²

Manfredini, que iniciou sua carreira como médico concursado do Hospital Central do Exército, entrou para a vida universitária como assistente voluntário, depois assistente militar do psiquiatra e professor Henrique Roxo, na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Posteriormente, no início dos anos 1950, tornou-se assistente de Maurício Campos de Medeiros, então diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) e que se tornaria Ministro da Saúde em 1955, permanecendo no cargo até 1958.⁴³

Tal mudança significou, segundo Lougon, a “transição do poder decisório na elaboração da Política de Saúde Mental do núcleo originado no SNDM para o núcleo originado na ‘Psiquiatria Universitária’”,⁴⁴ ou seja, aquele ligado ao IPUB. De fato, os dirigentes das principais instituições ligadas à gestão da saúde, como o Ministério e o SNDM, passaram a ser, nesta época, os ex-diretores ou professores do IPUB (como Medeiros e Manfredini), enquanto o ex-diretor do SNDM por dois decênios, Aduino Botelho, assumiu a direção do instituto (1956–1958).⁴⁵

Entretanto, conforme Venancio, não existem referências sobre alguma influência do IPUB, sob a direção de Aduino Botelho, nos caminhos tomados pelo serviço público assistencial a partir de então, fosse na formulação de políticas públicas, fosse na problematização ou difusão destas. A autora argumenta que a inexistência de trabalhos sobre o tema publicados pelos diretores do IPUB (dentre os quais Maurício de Medeiros e o próprio Aduino Botelho) nos *Anais* do Instituto de

órgão científico para divulgação dos trabalhos e pesquisas de médicos e técnicos componentes do Serviço Nacional de Doenças Mentais e seus órgãos subordinados, sua previsão era trimestral e objetivava complementar os Anais do Serviço Nacional de Doenças Mentais, que passaram a ser responsáveis somente pela divulgação de fatos administrativos.” Ver Vidal e Amorim 8; João Café Filho (1899–1970) ocupou a presidência da República logo após o suicídio de Vargas, de 24 de agosto 1954 a 11 de novembro 1955. Ver, Brasil. “Biblioteca da Presidência da República. Ex-Presidentes”. <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes> (20/04/2014).

42. Aramis Taborda de Athayde (1900–1971) foi ministro de 5 de setembro de 1954 a 20 de novembro de 1955. “Nasceu em Curitiba (PR), no dia 12 de dezembro de 1900. Em 1924 diplomou-se pela Faculdade de Medicina do Paraná. Em outubro de 1950, reeleger-se deputado federal pelo PSD, licenciando-se, entre 1951 e 1954, para ocupar as pastas do Interior e Justiça e de Educação e Saúde do Paraná. Reassumiu o mandato em 1954, após o suicídio do presidente Getúlio Vargas em agosto daquele ano. Foi convidado para o cargo de ministro da Saúde, em substituição a Mário Pinotti. Fundou o Hospital da Cruz Vermelha no seu estado, dirigindo-o por vários anos, e foi um dos restauradores da Santa Casa de Misericórdia paranaense. Participou também de diversos congressos médicos no Brasil e foi membro de associações médicas do Paraná e do Rio de Janeiro”. Brasil, “Galeria de Ministros (1960–1953)”. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/galeria/1960_1953.html (20/04/2014).
43. *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930*. coord. Alzira A. Abreu (Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001); Maurício Campos de Medeiros foi ministro entre 21 de novembro de 1955 e 2 de julho de 1958. Nasceu no Rio de Janeiro, em 14 de julho de 1885. Diplomou-se em Farmácia pela Faculdade de Medicina em 1903 e, em 1906, concluiu o curso de Medicina. Em 19 de novembro de 1955 foi nomeado ministro da Saúde pelo presidente Nereu Ramos. Foi mantido no cargo pelo presidente Juscelino Kubitschek, sendo designado em março de 1958 para integrar uma comissão encarregada de coordenar o auxílio à região Nordeste, que sofria os efeitos de uma seca de grandes proporções. Deixou a pasta da Saúde em 3 de julho de 1958, sendo substituído por Mário Pinotti. Deixou diversas obras publicadas, principalmente sobre temas médicos, ver Brasil, “Galeria de Ministros (1960–1953)”.
44. Mauricio Lougon, *Psiquiatria institucional: do hospício a reforma psiquiátrica* (Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006) 56.
45. Ana Teresa A. Venancio, “Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil”, *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 10.3 (2003): 883–900.

Psiquiatria – ainda que estes discutissem a política assistencial em outros órgãos –, indica que o Instituto se eximiu de tal tarefa:⁴⁶

Apesar de, até fins dos anos 1950, seus diretores terem assumido cargos de relevância no serviço assistencial federal, o IPUB – lócus científico por excelência – não se imbuíu institucionalmente da tarefa de formulador da política pública. O lugar universitário aparecia como aquele onde se procurava o conhecimento, onde se aplicavam os procedimentos terapêuticos pautados no organicismo e onde se realizavam as pesquisas supostamente neutras em relação ao debate em torno de políticas públicas voltadas para a população conhecida como mentalmente doente. Mas foi também um dos lugares pensados segundo o modelo asilar, com os pacientes que serviriam ao ensino e à pesquisa assistidos em enfermarias fechadas, sem as questões disciplinares e as desvantagens administrativas dos asilos de grande porte. Perpetuava-se, assim, no espaço científico, sem problemas, a lógica asilar.⁴⁷

A mudança na direção dos principais órgãos governamentais, como os ministérios, secretarias e diretorias, certamente deveu-se aos acordos políticos que sustentaram as candidaturas vencedoras, porém, obviamente, não só a isto. Certa competência técnica era esperada para que se cumprissem os programas propostos. Esta condição é visualizada no currículo dos dirigentes citados, todos com longa trajetória política ou acadêmica, vinculada à saúde e/ou à assistência.

Com a chegada à presidência da República de Juscelino Kubitschek, em 1956, iniciou-se também no Brasil um período conhecido como otimismo sanitário, perspectiva relacionada à saúde pública que ganhara vigor no mundo após a Segunda Guerra Mundial.⁴⁸ O programa de governo do presidente em relação à saúde e, assim, as ações do Ministério da Saúde em nível federal, bem como seus desdobramentos estaduais, seguiram as diretrizes desta política, posta em prática por outros governos, agências bilaterais de cooperação e organizações internacionais, que se propunham a “formular e implementar programas de saúde visando controlar, e mesmo erradicar, doenças no chamado mundo subdesenvolvido”. Tal deveria ocorrer através de práticas de prevenção e terapêuticas baseadas no uso de novos medicamentos (como antibióticos, sulfas e antimaláricos) e inseticidas.⁴⁹

Do ponto de vista da intervenção sobre a doença mental e da assistência psiquiátrica, o otimismo sanitário se configurou em programas específicos, mas com intuito e ações semelhantes às deflagradas para a saúde em geral, ou seja, uso de novos medicamentos, novos recursos terapêuticos e renovação das instituições. Muitas ações —como a construção dos hospitais-colônia— que marcaram este novo momento, especialmente por sua intensidade, foram projetadas ou mesmo deflagradas em período anterior ao do chamado otimismo sanitário. Isto não re-

46. Venancio, “Ciência psiquiátrica...” 897.

47. Venancio, “Ciência psiquiátrica...” 898-899.

48. Garret 39-40; Gilberto Hochman, “O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek”, *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 16.1 (2009): 315. Juscelino Kubitschek foi presidente da República de 31 de janeiro de 1956 a 31 de janeiro de 1961. Ver Brasil, “Biblioteca da Presidência da República. Ex-Presidentes”.

49. Farley; Cueto; Packard; Hochman, “O Brasil não é só doença...” 315.

sulta estranho na medida em que este discurso sobre a saúde tem condições de possibilidade postas pelo que está em movimento e se apropria de ideias e práticas, sem necessária contradição ou negação. Isto é bastante visível em relação à assistência psiquiátrica, cujas diretrizes, na segunda metade da década de 1950 —quando do início do funcionamento do HCAB—, deram sequência, com pequenas mudanças, ao que vinha sendo planejado ou desenvolvido desde, pelo menos, a construção do *Plano Hospitalar Psiquiátrico* nos primeiros anos da década de 1940. O plano de expandir a assistência psiquiátrica para todo o território nacional, intensificando-a especialmente no interior, esteve na base da constituição do SNDM e foi implementado especialmente através de convênios entre a União e os estados que tiveram sequência no governo JK. Segundo Braga,

Tais convênios tinham o intuito de ampliar a capacidade de atendimento nos serviços estaduais através do aumento do número de leitos hospitalares, e manter um padrão aceitável de qualidade nos atendimentos, fornecendo capital destinado à manutenção dessas instituições, e incentivando e financiando práticas de terapêutica ocupacional como método barato e eficiente de tratamento. Também é possível observar que durante o governo JK tal estratégia foi potencializada. Somado os cinco anos do referido governo, gastou-se 170% a mais nos convênios destinados às obras, do que os primeiros dez anos iniciais (1946-1955) desta medida; em relação aos acordos para manutenção, a diferença foi ainda maior, chegou a 445,45% de diferença entre os três primeiros anos dessa medida (1953-1955); por fim, os acordos destinados às atividades de praxiterapia, embora planejados em 1955, foram iniciadas em 1956 e até o final do governo JK foram investidos nessa prática Cr\$ 12.000.000,00.⁵⁰

O hospital-colônia do Paraná é um exemplo claro dos desdobramentos da política do SNDM, antes e durante o governo JK. Seu primeiro diretor foi o médico psiquiatra Arnaldo Gilberti,⁵¹ que viera ao estado no início dos anos 1940 como representante do Ministério da Saúde, ainda durante a gestão de Adauto Botelho. O médico provavelmente ocupava a função de inspetor psiquiátrico, cuja atribuição era fiscalizar os gastos dos governos estaduais relativos aos convênios realizados com o SNDM para a construção de novos hospitais, ou ampliação dos existentes, além de ser responsável “pelo atendimento no Ambulatório de Higiene Mental do seu estado e por compor a Delegacia Federal de Saúde”.⁵²

Parece, assim, ter sido no cumprimento de tais atribuições que Gilberti esteve à frente da fundação, em 2 de maio de 1944, do primeiro ambulatório psiquiátrico do Paraná, em sua capital Curitiba, além de capitanear a construção do hospital-colônia.⁵³ Sua atuação nessas esferas certamente foi propulsora para que assumisse a direção do hospital-colônia quando inaugurado e para que permanecesse nela até 1958. Segundo o médico Tito Moreira Salles, em suas memórias sobre o

50. Braga 104-105.

51. Arnaldo Gilberti nasceu em Itabira, estado de São Paulo, e estudou no Rio de Janeiro. Não conseguimos obter mais dados biográficos de Arnaldo Gilberti. Ver Salles 4.

52. Braga 80.

53. Paraná, *Secretaria de Estado da Saúde. Paraná mais saúde: Política estadual de saúde mental* (Curitiba: SESA, 1995) 15.

HCAB, Arnaldo Gilberto acumulou, pelo menos durante o ano de 1954, os cargos de diretor do HCAB e de delegado (ou fiscal) do Ministério no Paraná.⁵⁴

Até a fundação, em 1944, deste primeiro ambulatório psiquiátrico, tendo à frente o futuro diretor do HCAB, o estado – como vimos anteriormente – contava apenas com o Hospital Nossa Senhora da Luz para assistir e tratar os doentes mentais, e não havia sequer uma divisão específica de um órgão público, destinada a organizar, propor e executar ações específicas.⁵⁵ O Paraná sequer contava, até 1946, com uma secretaria exclusivamente destinada aos assuntos da saúde, havendo apenas o Departamento Estadual de Saúde. Foi somente em maio daquele ano que o departamento foi elevado à categoria de Secretaria da Saúde e de Assistência Social, por meio do Decreto-lei nº 615, e foi no final dessa mesma década que ocorreu a criação do Departamento Estadual de Higiene Mental e de Assistência a Psicopatas. Este era destinado, segundo Fernandes Junior, a “prestar assistência psiquiátrica à população paranaense, quase que sem nenhum recurso disponível neste ramo de atividades da saúde”.⁵⁶ Inserida nos ditames da política nacional de saúde e dos seus desdobramentos regionais, a construção do HCAB tornou-se assim, naquele período histórico, a maior ação pública no sentido de sanar tal deficiência.

Vivendo seus primeiros anos no desenrolar do governo Juscelino Kubitschek, a implantação do HCAB acompanhou os desdobramentos de sua política de assistência psiquiátrica, caracterizada por uma maior equivalência entre a distribuição de verbas federais e a aplicação de verbas estaduais, além da ampliação de instituições como os ambulatórios de higiene mental.⁵⁷

Ao construir Ambulatórios de Higiene Mental nos estados a União complementava os espaços das unidades federativas que recebiam o doente mental atendendo-o diretamente. Visavam diminuir, com isso, a movimentação dos hospitais psiquiátricos locais. Portanto, tal mecanismo assistencial corresponde a uma ação executiva direta exercida pelo próprio SNDM nos estados. (...) no campo psiquiátrico público, durante a administração Kubitschek, a assistência direta não era realizada apenas pelos estados e à União não cabia apenas o papel de normatizador. Neste sentido, o governo federal também agia de forma direta nos estados por meio desses ambulatórios.⁵⁸

Por outro lado, cortes orçamentários do governo federal, a falta de profissionais e o crescimento, em proporção maior que a oferta, da demanda por atendimento nas instituições de internação, como hospitais e hospitais-colônias, influíram cer-

54. Salles, f.7..

55. O Hospício Nossa Senhora da Luz, inaugurado em 25 de janeiro de 1903, em Curitiba, e vinculado à Santa Casa de Misericórdia da capital, foi o primeiro e durante quarenta anos o único hospital psiquiátrico paranaense. Somente em 31 de março de 1945 foi inaugurado o segundo hospital psiquiátrico do estado, o Sanatório Bom Retiro. Porém, como se poderá perceber nas citações a seguir, este não é mencionado pelas autoridades públicas quando referem-se à assistência psiquiátrica no estado antes da fundação do HCAB. Sobre os dois hospitais mencionados, ver Wadi, “Uma história da loucura” 79-80; Wadi, *Instituições de assistência psiquiátrica do estado do Paraná* 21-39.

56. Lindolfo R. Fernandes Junior, *A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná: suas origens e sua evolução no período de 1853-1983* (Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde/Governo do Paraná, 1987) 61.

57. Braga 91.

58. Braga 109-110.

tamente no andamento das atividades nos estados. A trajetória do HCAB, que se manteve até 1958 sob a direção do psiquiatra Arnaldo Gilberti, é um bom exemplo dos desdobramentos de tal política.

2. A implantação e o cotidiano institucional do HCAB nos primeiros anos

Quando o HCAB foi inaugurado em junho de 1954, no então município de Piraquara, discursos expressos em lugares e momentos diferentes saudaram-no como uma conquista resultante de uma série de movimentos que antecederam o evento, decorrentes e alicerçados na realidade do Paraná nos anos anteriores à inauguração, mas também resultantes do cumprimento de diretrizes de uma política nacional de assistência psiquiátrica, amparada em diretivas internacionais.

Significativa deste entendimento é a menção do então governador do estado, Antonio Annibelli, expressa em sua mensagem à Assembleia Legislativa no início do ano seguinte:

No domínio da assistência aos psicopatas, o estado, que até então cooperava apenas amparando instituições particulares, concretizou a velha aspiração paranaense com a instituição de um moderno e modelar estabelecimento hospitalar psiquiátrico. A 5 de julho de 1954, no local denominado Canguiri, município de Piraquara, foi inaugurado o Hospital Colônia Aduino Botelho, cuja construção exigiu modificações, além de completo equipamento, levados a cabo na atual administração estadual, e com a valiosa participação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, então sob a direção do Professor Aduino Botelho.⁵⁹

Essa “velha aspiração paranaense” de um estabelecimento hospitalar psiquiátrico, nas palavras de outra autoridade pública à época – o médico Jayme Drummond de Carvalho, primeiro diretor do Departamento Estadual de Higiene Mental e de Assistência a Psicopatas –, seria uma decorrência dos problemas causados pelo crescimento e pelos deslocamentos populacionais que se faziam sentir especialmente na capital Curitiba e nas cidades centrais do chamado norte novo (Londrina e Maringá), que rapidamente se urbanizavam.⁶⁰

Naquela época (final dos anos 40 e início da década de 50), o doente mental passou a ser um problema crescente no estado, que rápida e desordenadamente se expandia. As solicitações para

59. Paraná, *Assembleia Legislativa. Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 8ª Legislatura 1955, pelo Senhor Antonio Annibelli, Governador do Estado* (Curitiba: Assembleia Legislativa do Paraná, 1955) 125.

60. Entre os anos de 1940 a 1950, a população do Estado do Paraná elevou-se de 1.236.270 para 2.142.000 habitantes, o que significou um aumento populacional de 73,26% em dez anos. No mesmo período a população do Norte do Paraná – considerado entre os rios Paranapanema, Itararé e Paraná – aumentou de 345.600 para 1.000.000 de habitantes, o que representou um crescimento da ordem de 189,35%. Ver José Miguel Arias Neto, *O eldorado: representações da política em Londrina, 1930-1975* (Londrina: EDUEL, 1998).

internamentos eram cada vez mais frequentes, sem que o Estado dispusesse dos leitos hospitalares necessários à satisfação de tal demanda.⁶¹

Assim, foi tributada tanto ao movimento que estava ocorrendo naquele momento histórico —ou seja, um “vertiginoso crescimento, sem paralelos em toda a história do Paraná [no qual] multiplicavam-se da noite para o dia as cidades (...) sem que o estado pudesse dotá-las de uma infraestrutura adequada de serviços, necessários à manutenção da vida em condições satisfatórias”⁶² —, quanto aos consequentes problemas dele decorrentes —como o crescimento da população de doentes mentais desassistidos e a ameaça que constituíam à ordem pública—, a necessidade urgente da construção de um hospital público.

Poucos anos antes, em 1951, já iniciada a construção o HCAB, o então governador do estado, Bento Munhoz da Rocha Neto, em sua mensagem à Assembleia Legislativa —na seção destinada a comentar as necessidades e realizações no âmbito da segurança pública—, enunciara:

Colônia de Psicopatas: Acha-se em construção esse estabelecimento hospitalar que, por sua capacidade e pela natureza de suas instalações, virá dar solução ao momentoso problema do recolhimento e da assistência aos alienados indigentes.

É simplesmente alarmante o número de doentes mentais que, sem recursos próprios para o necessário tratamento, são entregues a Polícia ou por ela capturada por constituírem, uma permanente ameaça à segurança pública. Não dispõe o estado, enquanto não se concluírem as obras da Colônia de Psicopatas, de estabelecimento hospitalar capaz de atender à necessidade de internamentos de dementes indigentes. Uma instituição particular, o Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz, é o que os vem recebendo, na medida da capacidade de suas instalações devendo notar-se que esta de há muito foi ultrapassada. No interior como na Capital não são em número reduzido os loucos de ambos os sexos que ficam recolhidos à cadeia, por prazo indeterminado, à espera de vaga no hospital; é confrangedor o espetáculo que oferecem essas pobres criaturas privadas da razão, na vizinhança e até muitas vezes na promiscuidade com delinquentes da pior espécie, completamente entregues a seu triste destino e sem receberem os cuidados médicos especializados que talvez os pudessem libertar de seus padecimentos e restituí-los ao convívio da sociedade. Ressaltamos ainda a necessidade de elevar-se o valor da alimentação atribuída aos dementes indigentes recolhidos pela Polícia, valor atribuído em 1948 e, portanto, em discordância com a majoração geral dos preços de utilidade desde então observada. Como solução de emergência para a assistência aos que excedem à capacidade do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz parece próprio o aproveitamento parcial, mediante conveniente adaptação, das instalações tornadas disponíveis na atual Penitenciária com a inauguração da nova Colônia Penal.⁶³

61. Drummond *apud* Fernandes Junior 61.

62. Fernandes Junior 45.

63. Paraná, *Assembleia Legislativa. Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da 1ª Sessão Ordinária da 2ª Legislatura, pelo Senhor Bento Munhoz da Rocha Neto, Governador do Paraná* (Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1951) 126-127.

Os enunciados das autoridades envolvidas com o processo indicam que as motivações para a construção de uma instituição de assistência psiquiátrica no Paraná estavam diretamente ligadas à resolução dos “intuídos” ou “visíveis” problemas causados por um grupo da população —o dos doentes mentais—, mais do que à implantação de um modelo ideal de hospital que, conforme a política de saúde mental vigente, era então o hospital-colônia. Porém, não se pode esquecer que os enunciados assim dispostos são parte dos jogos que constituem certos discursos e os fazem funcionar como verdades.⁶⁴ Disso sabem bem as autoridades e, portanto, revestem de argumentos humanitários —muito semelhantes aos utilizados por outras autoridades nos tempos idos de criação das primeiras instituições psiquiátricas⁶⁵— ações decorrentes de projetos que, se alguma coisa têm a ver com acontecimentos estritos e localizados —como a falta de assistência a um contingente enorme de doentes mentais que acabam ocupando o mesmo lugar de criminosos nas prisões, conforme afirma o governador Bento Munhoz da Rocha Neto—, extrapolam-nos e têm um sentido estratégico. Não estava o Paraná situado entre as unidades federativas que assistiam e tratavam os seus doentes através de métodos atualizados, como mostrado anteriormente? Se assim era, como entender os textos acima transcritos senão como parte de uma estratégia política necessária para fazer vigorar ou constituir uma nova realidade institucional que contrapunha às instituições tradicionais de assistência psiquiátrica os modernos hospitais-colônia?

Tal modelo sugerido no *Plano Hospitalar Psiquiátrico* citado anteriormente, e que seria instituído em diversas unidades federativas durante os anos da gestão de Adauto Botelho frente ao SNDM (1941-1954), vinha sendo defendido pelo médico como ideal desde anos antes. Em 1937, num artigo publicado no periódico *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Botelho afirmava que os hospitais-colônia deveriam ser construídos de preferência longe do centro ou fora do perímetro urbano das cidades, contando

(...) com atividades agrícolas e industriais em moldes vastos e com boa aparelhagem técnica, para todos os serviços a elas inerentes (...), serviços médicos complementares, além de um centro para orientação psicológica, da praxiterapia e do serviço de assistência hetero-familiar. As colônias seriam divididas em núcleos, para cerca de 500 doentes.⁶⁶

Ao contrário do Hospital Colônia Juliano Moreira, instituição situada no Rio de Janeiro, que foi construído aproveitando-se “todos os investimentos já feitos nas instituições de tipo colônia [já existentes], com a manutenção tanto de suas estruturas físicas quanto de seus recursos terapêuticos”,⁶⁷ as instalações do hospital-colônia do Paraná eram todas novas e seguiram o modelo propugnado por Adauto

64. Michel Foucault, *A ordem do discurso* (São Paulo: Ed. Loyola, 1996).

65. Sobre o uso de argumentos humanitários como justificativa para criação da primeira instituição psiquiátrica paranaense, ver Maurício Ouyama, “Uma máquina de curar: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do XX)” (Tese de Doutorado, UFPR, 2006).

66. Botelho *apud* Venancio, “Da colônia agrícola...” 44-45.

67. Venancio, “Da colônia agrícola...” 46.

Botelho: o hospital foi erigido numa ampla área — “um terreno de campo, plano, de mais ou menos 8 alqueires” — e longe do burburinho urbano — a “19 km de Curitiba”⁶⁸ —, como mostra a foto abaixo, constante do primeiro relatório apresentado pelo diretor Gilberti (Figura 3). Contava na época de sua inauguração com vários, senão a totalidade, dos itens prescritos pelo futuro diretor do SNDM em seu artigo acima citado, como serviços complementares (eletroencefalografia, raios X, gabinete dentário, ginecologia, laboratório, farmácia, serviço cirúrgico), seção de psicologia e serviços de praxiterapia.

Entretanto, a consecução do ideal estava longe de se confirmar, a despeito da construção nova, pois muitos dos serviços descritos não entraram em funcionamento no ano da inauguração por falta de pessoal técnico ou médico, e de instalações adequadas ou pela necessidade de reparos nos equipamentos disponíveis.⁶⁹ O chamado serviço de assistência hetero-familiar, ou seja, a concessão de casas para empregados da instituição no seu perímetro, ou a famílias que morassem próximo, para que pudessem receber internos sucessíveis de tratamento domiciliar,⁷⁰ também não foi implantado no HCAB em seus primeiros anos de funcionamento. Tal serviço nem mesmo constava do primeiro regulamento da instituição como passível de ser oferecido e só se tem notícias de algo semelhante na década de 1980.

Por sua vez, outro dos alicerces dos modernos hospitais-colônia, o serviço de praxiterapia, é mencionado nas disposições gerais do regimento do HCAB, prevendo-se sua organização com um sistema de gratificação para os doentes que executassem trabalhos. O artigo 27 estabelecia que 50% do total da gratificação seriam entregues ao doente (em dinheiro ou prêmio) e os restantes 50% ficariam em caixa (como pecúlio de reserva) até que aquele recebesse alta. Porém, já no primeiro relatório de atividades, relativo aos primeiros sete meses de funcionamento do HCAB (7/1954 a 1/1955), o diretor denunciava os baixos rendimentos de muitos dos serviços — desdobrados em ajardinamento e horta, carpintaria, lavanderia, fábrica de colchões, sapataria e oficina de costuras —, por falta de materiais. No relatório referente ao segundo trimestre de 1955 encontra-se o único registro relativo ao pagamento dos internos envolvidos nos serviços de praxiterapia, em todo o período em que esteve na direção Arnaldo Gilberti (da fundação, em 1954, ao início de 1958): um despacho do diretor do Departamento de Higiene Mental, autorizando a direção do HCAB a efetuar o pagamento aos internados que prestaram serviços ao hospital.⁷¹

Os relatórios de toda a gestão de Gilberti oscilam entre indicar a redução das atividades de praxiterapia devido à escassez de recursos materiais ou expressar a satisfação com tais atividades. No ano de 1957, por exemplo, o diretor ressaltava sua atenção especial a estes serviços, indicava que não eram pequenos os executados pelos internos no hospital e solicitava verbas ao estado para o pagamento

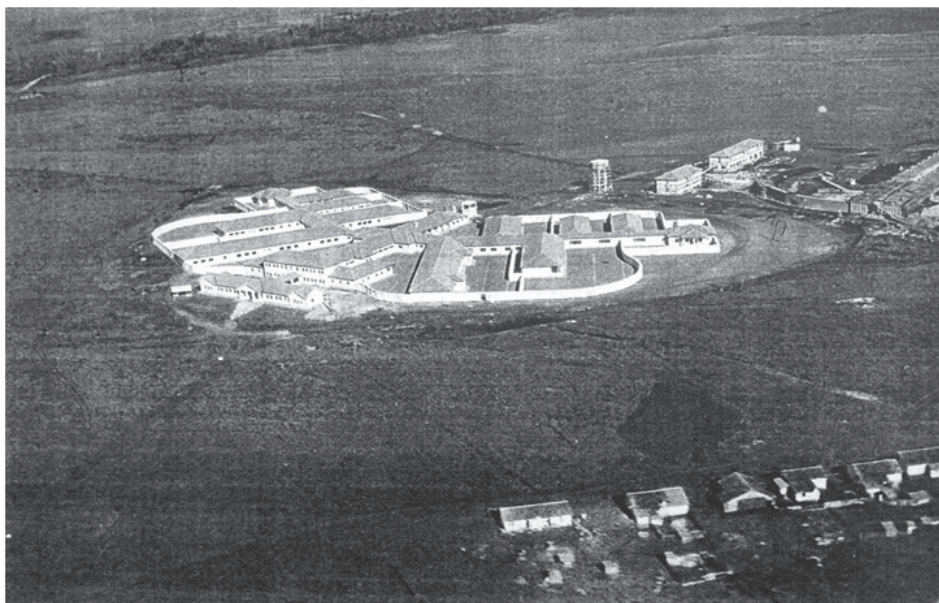
68. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1, f.25.

69. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1, ff. 34-37.

70. Venancio, “Da colônia agrícola...” 40-41.

71. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1, f. 66.

Figura 2. Vista aérea do HCAB em 1955



Fonte: Paraná, “Relatórios do HCAB” *Caderno 1* (Piraquara: HCAB, 1955) 24.

que —ainda que fosse “reduzidíssimo”— totalizava uma dívida de cerca de 70 mil cruzeiros, acumulada no período de três anos desde que fora feito, pela primeira e única vez, o pagamento aos internos. Gilberti indicava ainda a existência de “inúmeros pacientes com condições de alta e que negam-se a sair do hospital sem antes receber os pequenos haveres que fizeram jus com os serviços prestados”.⁷²

“Valioso auxílio” cuja ausência colocaria em risco o funcionamento das diversas seções que mantinham o cotidiano hospitalar, mas que em função da carência de recursos nem sempre se efetivava, a praxiterapia não merece, outrossim, nos relatórios do período mencionado, nenhuma consideração do diretor quanto a sua efetiva contribuição para a melhora do estado mental dos internados, contribuindo para sua cura. Esse contexto suscita o mesmo questionamento já levantado por diversos autores, ou seja: eram os serviços prestados pelos internos do HCAB nas atividades de praxiterapia de fato terapêuticos ou apenas convinham à manutenção da instituição? Como afirma Sacristán, “las dificultades de financiamiento que enfrentaron gran parte de los manicomios condujo a que, en nombre de la terapéutica del trabajo, algunos de ellos se convirtieran en verdaderas empresas agrícolas sostenidas con la mano de obra gratuita, o casi, de enfermos”.⁷³ Esta, sem dúvida, é uma realidade muito próxima à do HCAB naquele período.

72. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1, f. 24.

73. Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, *Cuicuilco* 16.45 (2009): 163-189. A autora indica neste artigo um conjunto de trabalhos da historiografia latinoamericana que refletem sobre esta questão.

Se alguns dos problemas foram mais ou menos resolvidos ao longo do tempo, por outro lado, um velho e conhecido problema das instituições de assistência psiquiátrica que as “modernas e modelares” instituições no formato hospital-colônia —como o paranaense HCAB— propunham superar logo fez com que este se parecesse demasiado com os velhos hospícios: a superlotação.

Com capacidade total de 350 leitos, incluindo pavilhão de isolamento, pavilhão de vigilância contínua, seção de delinquentes, seção de pensionistas, seção de cirurgia etc., mas com capacidade para apenas 250 doentes conforme as normas técnicas, o hospital rapidamente ultrapassou esta lotação e, ao final de dois meses de funcionamento, abrigava 371 internos.⁷⁴ Um ano depois, em agosto de 1955, já havia 456 pacientes e, frente a essa situação, a direção anunciou o início de um processo de tomada de providências no sentido de restringir ao máximo as internações.⁷⁵ Com isto, no final desse mesmo ano a cifra havia baixado para 400 internos. Porém, a partir do início do ano seguinte a lotação aumentou progressivamente e, no mês de fevereiro de 1958, o HCAB contabilizava 906 internos.⁷⁶

Tragédia anunciada? Ora, não fora para resolver o problema de um grupo específico da população que crescia no mesmo ritmo vertiginoso desta que fora construído o novo hospital, como deixam entrever os discursos das autoridades políticas? Portanto, era necessário atender à demanda e o estado deveria proporcionar meios para isto —recursos para o custeio do hospital, para pagar os serviços dos internos e para melhorar os salários dos funcionários—, o que não cessa de solicitar o diretor Gilberti em todo o período em que esteve à frente da instituição. Outra perspectiva sobre as motivações da superlotação é expressa pelo médico Tito Moreira Salles em suas memórias sobre a instituição:

Faltou clarividência aos nossos administradores. Enquanto os estados do Nordeste mantinham a mesma demanda de verbas para a assistência à saúde mental, os estados do Sul, mormente o Paraná, reivindicavam sempre mais. É óbvio que os pacientes do Nordeste deixavam de ser atendidos lá para ocuparem cá os leitos (in)disponíveis.

Atendíamos a todos, isto é, pelo menos abrigávamos todos. As internações deveriam obedecer a um rito, qual, o doente acompanhado pela família era examinado no ambulatório da Rua 24 de maio e, se fosse o caso o médico assinava uma guia de atendimento. Houve até roubo e venda de guias. Geralmente é o caso, até hoje em dia, é o desabrigado, imbecil ou tartamudo a quem a família quer despejar, se ver livre dele, do peso consumista e estigmatizante. A família consegue a benesse do internamento que se transforma em permanência perene, porquanto ao paciente

74. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1, f. 39.

75. As medidas tomadas pela direção do HCAB para conter as internações, ainda que se utilizem de equipamentos que remetem a uma assistência de caráter mais aberto — como o atendimento dos doentes passíveis de tratamento ambulatorial no Dispensário do SNDM, com a colaboração de seus servidores e uso de seus materiais—, utilizam-se também das velhas práticas de reter “alguns psicopatas, embora não agitados, mas que necessitam do afastamento do convívio social (...) na Delegacia de Plantão”. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1, f. 83.

76. Paraná-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./ab. 1958. HCAB, Piraquara, Caderno 4, f. 9.

tratado e já em condições de viver extramuros, não se consegue mais o endereço, em geral falso de quem o internou.⁷⁷

Também os médicos Lindolfo Ribeiro Fernandes Junior e Jaime Drummond de Carvalho, ambos em algum momento vinculados a cargos relacionados com a saúde pública no Paraná, tributam a rápida falência do modelo do hospital-colônia —cujo sinal mais visível era a superlotação— à “falta crônica de recursos”, à “falta de rotatividade de leitos” ou ao “desinteresse das famílias em receber seus familiares internos e/ou acompanhá-los nos seus tratamentos”,⁷⁸ questões enunciadas pelos médicos da própria instituição, como vimos acima.

“Pletora na demanda” e ausência de recursos, abandono das famílias, migrações internas no Paraná (do interior para a capital) e no país (do nordeste para o sul), a estas e outras razões foi tributado o fracasso do novíssimo hospital-colônia do Paraná que,

(...) inaugurado em 1954 como um Hospital modelo para o tratamento de doentes mentais, sem igual em todo o sul do Brasil, em pouco mais de dois anos, (...) transformava-se numa instituição asilar clássica, servindo, muito mais, como depositário do que como terapêutico, aos doentes que para lá eram encaminhados. (...) Segundo o relato de profissionais que lá trabalhavam, eram extremamente desumanas as condições de vida de seus internos, especialmente nas estações frias do ano, quando praticamente se empilhavam uns aos outros, para protegerem-se das baixas temperaturas. A alimentação e os profissionais disponíveis, paralelamente, iam se fazendo cada vez mais insuficientes para um número tão elevado de pessoas, quase 3 vezes superior ao limite oferecido pela casa.⁷⁹

Depoimentos de outros sujeitos vinculados ao HCAB, como os de três mulheres que ocuparam cargos diversos no hospital (como lavadeira, tesoureira e auxiliar de enfermagem) acrescentam novos elementos para entender este processo. As depoentes refletiram sobre o período em que trabalharam na instituição, iniciado para todas na década de 1970, anos ainda mais críticos em relação à superlotação. No entanto, suas falas indicam a permanência de um imaginário constituído ainda no tempo em que foram fundadas as primeiras instituições manicomial brasileiras no século XIX e constantemente atualizado — da época aqui discutida a tempos bem próximos —, o de que o hospício, depois hospital-colônia ou hospital psiquiátrico, era um lugar para depositar todos aqueles que a sociedade institua como indesejáveis sociais (migrantes pobres que chegados à cidade grande não tinham moradia fixa, mendigos e bêbados que vagavam pelas ruas...), cujas ‘anormalidades’ em relação às normas vigentes os assemelhavam aos doentes mentais *stricto sensu*.

Dona Vera: (...) o Adauto Botelho era tido como um depósito de louco!

77. Salles, f. 9.

78. Fernandes Junior 62.

79. Fernandes Junior 62. (Grifos e aspas do autor).

Dona Isolde: De louco! Aqui era um depósito.

Dona Vera: Então, o que acontecia, é... chegava época de inverno, eles... a própria polícia, né Isolde, entrava...

Dona Isolde: Trazia... Todo dia!

Dona Vera: As pessoas que... estavam na rua, né? Vinham de outros estados, não tinha como deixar eles na rua.⁸⁰

Finalizando

A investigação sobre a implantação e o cotidiano hospitalar do HCAB, nos seus primeiros anos de funcionamento (1954–1958), revelou como os acontecimentos relacionados a esse tempo e espaço específico para qual direcionamos nosso olhar estão atrelados a contextos mais amplos, que articularam a assistência regionalizada às políticas nacionais e diretrizes internacionais. Percebeu-se que assim como outras instituições de assistência psiquiátricas criadas no modelo de hospitais-colônias, preconizados pelas políticas públicas das décadas de 1940–1950, o HCAB também sofreu com dois problemas basilares: a deficiência das atividades de praxiterapia e a superlotação.

O serviço de praxiterapia, considerado como subsídio fundamental à proposta terapêutica baseada no tratamento psiquiátrico por meio do trabalho, a qual justificava a inovação do modelo institucional dos hospitais-colônias, foi marcado pelos fluxos desarranjados entre a expectativa dos seus propósitos e os recursos materiais insuficientes para sua efetivação. Abriu-se assim precedente para o questionamento em torno da possível, simples e tão somente subsistência do cotidiano institucional que esse serviço pode ter representado.

Por outro lado, não é possível desconhecer que a própria demanda por internações —justificadas, excessivas ou desnecessárias, conforme indicam sujeitos diferentes como diretores, administradores, governadores do estado, médicos—, somada a uma estatística que demonstra claramente que sempre entraram mais pessoas do que saíram do HCAB, fez com que logo o hospital passasse a sofrer o clássico problema da superlotação. Se foram razões econômicas ou a própria falência do novo modelo manicomial, ou ambos, que criaram tal situação, é questão a ser refletida com maior profundidade para o caso do HCAB.

Cumpridas ou não *stricto sensu* as prerrogativas regulamentares em relação à organização interna (relação leitos-internos, lotação) ou às atividades terapêuticas (como a praxiterapia), o certo é que o HCAB se instituiu dentro do modelo então previsto pelas políticas públicas brasileiras de assistência psiquiátrica e para isto recebeu verbas, trabalhou seu diretor, atuaram funcionários e equipe médica, entraram na rotina os internos. Porém, como vimos, o ideal permaneceu como tal e a instituição, com o passar

80. Vera L. Ledra, Eva T. S. Marchaukowski e Isolda Schmoelz. “Depoimento ao projeto: Assistência psiquiátrica no Estado do Paraná. Mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”. Entrevista de Yonissa M. Wadi, Attiliana de B. Casagrande y Maurício N. Ouyama, Curitiba, 25 de setembro de 2009.

dos anos, passou a funcionar no mesmo ritmo que as velhas instituições psiquiátricas, recebendo inclusive a alcunha de “sucursal do inferno”.⁸¹

Fuentes primarias

Manuscritos

Hospital Colônia Aduino Botelho, Piraquara (HCAB)

Impresos

Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Rio de Janeiro (CPDOC-FGV), Arquivo Gustavo Capanema.

Orales

Vera L. Ledra, Eva T. S. Marchaukowski e Isolda Schmoelz, entrevista realizada por Yonissa M. Wadi, Attiliana de B. Casagrande y Maurício N. Ouyama. Curitiba, 25 de setembro de 2009.

Internet

www.ipardes.gov.br

Bibliografía

Abreu, Alzira A. y de Medeiros, Maurício. *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930*. Coord. Alzira A. Abreu. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

Arias Neto, José Miguel. *O eldorado: representações da política em Londrina, 1930-1975*. Londrina: EDUEL, 1998.

Borges, Viviane T. “Quem senta na pedra fica doente, vadio e com preguiça: a invenção do trabalho numa colônia agrícola gaúcha (1972-1982)”. *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Org. Yonissa M. Wadi e Nádia M. W Santos. Uberlândia: EDUFU, 2010, 287-305.

Braga, André L. C. “O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal”. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz-Casa de Oswaldo Cruz, 2013.

Caliccio, Vera e Medeiros, Mauricio de (verbete). *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro Pós-1930*. Coord. Alcira A. Abreu. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

Cueto, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

81. Salles 9.

- Campos, André L.V. “Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem”. *Ciência & Saúde Coletiva* 13.3 (2008): 879-888.
- Fernandes Junior, Lindolfo R. *A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná: suas origens e sua evolução no período de 1853-1983*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; Governo do Paraná, 1987.
- Fonseca, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.
- Foucault, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.
- Hochman, Gilberto. “O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek”. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 16.1 (2009): 313-331.
- _____. “Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)”. *Educar* 25 (2005): 127-141.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). *Séries retrospectivas do Paraná: atlas histórico da indústria 1940-80*. Curitiba: IPARDES, 1993.
- Lima, Ana Luce G. S. e Pinto, Maria Marta S. “Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde”. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 10.3 (2003): 1037-1051.
- Lima, Nísia T. “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões”. *Caminhos da saúde no Brasil*. Org. Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. <http://books.scielo.org/id/sd>. (20/07/2014) 23-116.
- _____. e outros. “A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica”. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Org. Nísia Lima e outros. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005, 27-58.
- Lougon, Mauricio. *Psiquiatria institucional: do hospício a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- Menezes, Cleice de Souza. “Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara: políticas e assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978”. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz-Casa de Oswaldo Cruz, 2012.
- Ouyama, Maurício. “Uma máquina de curar: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar, final do século XIX e início do XX”. Tese de Doutorado em História, Universidade Federal do Paraná, 2006.
- Paulin, Luiz F. e Turato, Egberto R. “Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970”. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 11.2 (2004): 241-258.
- Piccinini, Walmor. “Adauto Junqueira Botelho: notas biográficas”. *Psychiatry on line Brasil* 14.2 (2009). <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php> (24/04/2014).

- Resende, Heitor I. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, Cidadania e loucura”. *Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Org. Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa. Petrópolis: Ed. Vozes, 1992, 16-73.
- Sacristán, Cristina. “La locura se topa con el manicómio. Una historia por contar”. *Cuicuilco* 16.45 (2009): 163-189.
- Sech, Maderli. *Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro 55 anos a serviço da comunidade*. 2000. [http://www.mundoespirita.com.br/antigo/jornal/jornal2000/hospital_espirita_de_psiqui.\(10/09/2008\)](http://www.mundoespirita.com.br/antigo/jornal/jornal2000/hospital_espirita_de_psiqui.(10/09/2008)).
- Venancio, Ana Teresa A. “Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil”. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 10.3 (2003): 883-900.
- _____. “Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX”. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos* 18.1 (2011): 35-52.
- Venancio, Ana Teresa A. e Cassilia, Janis A. “Política assistencial psiquiátrica e o caso Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida Social”. *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Org. Yonissa M. Wadi e Nádia M. W. Santos. Uberlândia: EDUFU, 2010, 51-83.
- Vidal, Louise V. M. e Amorim, Wellington M. “Reconhecimento do psiquiatra Jurandyr Manfredini entre estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955”. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 4.1 (2008). [http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38669\(11/05/2014\)](http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38669(11/05/2014)).
- Wadi, Yonissa M. Org. *Instituições de assistência psiquiátrica do estado do Paraná: inventário*. Guarapuava; Cascavel: Ed. da UNICENTRO/EDUNIOESTE, 2012.
- _____. “Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná”. *Revista Tempo e Argumento* 1.1 (2009): 68-98.
- _____. e Casagrande, Attiliana D. “Os primeiros anos do HCAB: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958)”. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História-ANPUH. São Paulo: ANPUH-SP, 2011. <http://www.snh2011.anpuh.org>.



“Peluquero corta el cabello a interno de La Castañeda” (negativo de película de nitrato: 12.7 x 17.8 cm.), México, D.F. c. 1935.
© CONACULTA.INAH.SINAFO.FN.MÉXICO, Archivo Casasola, No. Inv. 366986.