



A (IN)VISIBILIDADE DO LOUCO INFRATOR: UMA ANÁLISE DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL EM GOIÁS

Éder Mendes de Paula*

Faculdade Evangélica de Goianésia – FACEG

falecomprofessoreder@gmail.com

Agnes Raquel Camisão**

Faculdade Evangélica de Goianésia – FACEG

agnescamisao1963@gmail.com

RESUMO: O presente artigo pretende abarcar a visualização do louco infrator a partir da luta antimanicomial no Brasil, mais precisamente das disputas em torno da promulgação da lei 10.216/01, traçando um aspecto histórico dos governos ditatoriais e a chamada indústria da loucura até a elaboração do projeto de lei do deputado Paulo Delgado e todas as discussões levantadas a partir de então. Essa abordagem também permite pensar como a sociedade brasileira, em particular a goiana, compreendia o louco, a loucura e o louco infrator nestes contextos.

PALAVRAS-CHAVE: Loucura – Crime – Sociedade – Autoritarismo.

THE (IN) VISIBILITY OF THE MADMAN: AN ANALYSIS OF THE ANTIMANICOMIAL MOVEMENT IN GOIÁS

ABSTRACT: This article intends to encompass a visualization of the madman offender from the anti-asylum fight in Brazil, more precisely from the disputes surrounding the promulgation of Law 10.216 / 01, tracing a historical aspect of dictatorial governments and the so-called madness industry until the drafting of the bill by the Congressman Paulo Delgado and all the discussions raised from then on. This approach also allows us to think about how Brazilian society, in particular Goiania, understood the madman, the madness and the crazy offender in these contexts.

KEYWORDS: Madness - Crime - Society - Authoritarianism.

* Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás, professor de Antropologia da Saúde do curso de Enfermagem da Faculdade Evangélica de Goianésia, Coordenador do Núcleo de Educação em Direitos Humanos e para as Relações Étnico-Raciais e Indígenas, Coordenador da Pesquisa de Atendimento ao Doente Mental no Vale do São Patrício e do curso de Extensão sobre aplicação da Lei 10.639/03 no município de Goianésia.

** Doutora em Ciências da Saúde pela Unicamp Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Evangélica de Goianésia.

A LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: DO ESTADO AUTORITÁRIO AO PROJETO DE LEI PAULO DELGADO

O movimento antimanicomial no Brasil tem início em um período conturbado de sua história política, assim como na Itália¹, a guerra fria e a divisão ideológica formulou um período de violência e repressão.

A Ditadura Militar no Brasil chegou ao poder em Março de 1964 através de um golpe impulsionado pela classe média, a bipolarização do mundo naquele período também se manifestava na América Latina e os militares foram vistos como capazes de impedir uma *ameaça* comunista no Brasil.

O regime de governo implantado estabeleceu como prática a perseguição, prisão e torturas em nome da Lei de Segurança Nacional. O Estado utilizou-se de vários mecanismos e instituições para fazer valer seu discurso autoritário sobre as liberdades individuais.

Através de Atos Institucionais estabeleceu um intenso controle da população por meio do medo e do discurso de que todas as suas ações estavam garantindo a ordem social. Não obstante, diversos setores sociais se organizaram em luta contra o regime que estava imposto, o que levava à necessidade do Estado utilizar-se de todas as possibilidades para se manter no poder.

O tecnicismo ajudou a criar uma grande mão de obra barata para atender as necessidades de empresas estrangeiras, a privatização de determinados serviços foram intensificadas inclusive na área da saúde. Esta conjuntura de violência, repressão e contratação de serviços privados em detrimento da oferta a ser realizada pelo Estado é o cenário de emergência do movimento antimanicomial no Brasil. É preciso considerar que as diversas lutas contra o regime, impulsionaram a luta pela humanização dos serviços de saúde mental.

Diversos setores passam a enfrentar o governo ao longo dos anos realizando denúncias do desnível social, as torturas e os trabalhadores em saúde mental também se

¹ A luta antimanicomial tem seu marco histórico mundial na Itália através do médico Franco Basaglia, ideias que contemplavam o fim da grande internação e a humanização do atendimento psiquiátrico. Se tornou a referência para as reformas que ocorreram a partir da década de 1960 em todo o Ocidente.

posicionam diante da necessidade de um novo olhar para o setor da psiquiatria no Brasil.

Paulo Amarante² considera como marco da luta antimanicomial brasileira o ano de 1978, pois, nesta data é dado início ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. No entanto, Disete Devera e Abílio da Costa-Rosa afirmam outros marcos para o movimento originado ainda na década de 1960.

Segundo os autores em 1967,

Luiz Cerqueira, um dos principais atores desse processo, situa o primeiro passo do primeiro movimento pela transformação da Saúde Mental no Brasil, a partir de 1967. Nesse ano ocorre um encontro, cujos princípios foram consignados na “Ata de Porto Alegre”: pela primeira vez se fala em criação e ampliação da rede extra-hospitalar, fala-se também em reestruturação do Serviço Nacional de Doentes Mentais, integração da Saúde Mental à Saúde Pública e aceleração dos programas de formação de pessoal.³

As raízes do movimento estavam situadas no primeiro encontro que, no Brasil, se discutiu a saúde mental em outras instâncias que não fossem as impostas pelo Estado. Até o momento as políticas em torno da saúde mental não eram discutidas abertamente, os próprios trabalhadores da área permaneciam aquém dos planejamentos que vinham como normas a serem obedecidas.

Na composição de um cenário de lutas contra o Estado autoritário, a atitude do médico Luiz Cerqueira aponta para a influência das discussões que já ocorriam fora do Brasil. O importante é que o encontro dá as bases necessárias para se discutir o que até então não se encontrava espaço para debate, colocar à luz da população a condição e usos que os hospitais psiquiátricos ganharam ao longo do tempo no Brasil.

Os autores enumeram uma série de eventos e encontros para discutir a saúde mental que ocorrem até o marco de 1978, um segundo foi realizado em 1968 no Texas: I Conferência de Saúde Mental das Américas. Vários médicos e professores de universidade participaram dessa conferência, seu principal marco foi a aproximação com a reforma psiquiátrica norte-americana.

² AMARANTE, Paulo D. C., et alii. 1995. **Loucos pela Vida** - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP.

³ DEVERA Disete; COSTA-ROSA Abílio de. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** In: Revista de Psicologia da UNESP. N 6, 2007, p. 64.

Antes da vinda de Baságliia ao Brasil, os primórdios do movimento havia se direcionado à Psiquiatria Preventiva Comunitária Norte-Americana, proposta por Caplan.

Em 1973 aprova-se o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social, que serve de base para a Portaria do Ministério da Saúde, de 1974. Esses documentos guardam estreita relação com os princípios da Psiquiatria Preventiva Comunitária americana. Ainda como parte das transformações em âmbito federal foi nomeado um profissional para a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em sintonia com o movimento, que faz reformulações no Órgão, chegando a implantar algumas práticas pioneiras.⁴

A possibilidade de adoção da psiquiatria preventiva representava um avanço no modelo psiquiátrico brasileiro, no entanto, seu viés estava alicerçado em uma perspectiva liberal onde a ideia da prevenção serviria para baratear determinados custos com os tratamentos.

Essa aprovação do Manual para Assistência Psiquiátrica auxiliou na instituição de práticas inovadoras para a época, que ainda não representavam uma reforma ou quebra de paradigmas, mas sinalizavam para uma possível mudança.

Mesmo que o eixo fosse a questão de uma prevenção que mudaria o foco para o sujeito saudável, conjecturava-se novas formas de atuação dos médicos. A prevenção poderia ser a saída para evitar que internações infundáveis viessem a acontecer, os sanatórios já se encontravam lotados de pessoas abandonadas por suas famílias em virtude de seu transtorno mental.

Era uma teoria que de alguma maneira visava auxiliar na eliminação do problema da superlotação dos hospícios, sem contar que essa grande quantidade de internos era responsável pela carência de atendimento de qualidade e condições desumanas de sobrevivência nas instituições.

Todavia, os autores afirmam que o regime militar em 1975 substituiu a direção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DNSM) e, as mudanças que haviam sido realizadas são suprimidas em favor da defesa do sistema asilar. A atitude do governo

⁴ DEVERA Disete; COSTA-ROSA Abílio de. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** In: Revista de Psicologia da UNESP. N 6, 2007, p. 65

levanta a questão: quais razões deste interesse do regime militar em valorizar o discurso hospitalocêntrico?

A partir da década de sessenta, já em plena ditadura militar, com a industrialização, a migração da população para os grandes centros urbanos e o crescimento da população de classe média [...] o modelo das grandes colônias, já em decadência foi progressivamente substituído pelos hospitais psiquiátricos privados, contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social, que foi montado no país através de um processo autoritário de unificação das referidas caixas. Este período, que ficou conhecido na assistência psiquiátrica como o da Indústria da Loucura; apresentou um crescimento absurdo do número de leitos privados contratados em psiquiatria.⁵

O regime militar brasileiro promove com o aluguel de leitos em clínicas psiquiátricas uma necessidade da produção da loucura, uma mercantilização do sistema de internação que faz burlar os direitos do paciente e faz da instituição um lugar apenas para amontar pessoas.

A loucura passa a ser construída mediante qualquer estigmatização vinda dos psiquiatras, a necessidade básica era manter o fluxo de entrada de verbas oriundas do governo federal nos hospitais particulares. Desta maneira os números de leitos aumentam vertiginosamente, os sanatórios passam a funcionar como órgãos de controle da população efetivamente.

É importante também considerar que no interior destas instituições a eletroconvulsoterapia podia ser aplicada como medida de tratamento, muitos pacientes receberam o eletrochoque por período prolongado. Entre as formas de tortura declaradas do regime militar estava à aplicação de choques, estes eram feitos de forma camuflada, mas os sanatórios possibilitavam sua aplicação sem qualquer desconfiança em forma de tratamento médico.

Com a atitude de financiar o aluguel de leitos privados, o governo cria um laço com o setor,

o direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições

⁵ ALVES, Domingos Sávio do N. & VALENTINI, Willians. Política de Saúde Mental no Brasil. In Morrall, P. & Hazelton, M. , (eds.) (2003). **Mental health**: Global policies and human rights. London: Whurr Publishers.

conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (Resende, 1987, p. 61). Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo porém uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos.⁶

Diante do exposto a constatação é de um inchaço no sistema, hospitais abarrotados, condições sub-humanas de sobrevivência e que exige dos psiquiatras um atendimento muito inferior àquilo que de fato poderiam oferecer.

O descaso divide o grupo de psiquiatras, é claro que havia os que se beneficiavam com os aluguéis de leitos, mas eram donos de hospitais particulares. Os médicos que trabalhavam diretamente com a situação começaram a se organizar, passaram a fazer denúncias tanto da atitude do Estado brasileiro como da situação dos manicômios no Brasil.

Mesmo diante da censura, dos riscos de serem julgados pelo governo militar, alguns médicos se posicionavam contra as atitudes e denunciavam o autoritarismo dos militares vinculado ao aluguel de leitos.

Um ano antes de se realmente articular o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), a Associação Psiquiátrica da Bahia elegeu uma comissão para realizar um estudo, que deveria expor as reais condições de trabalho e dos usuários do sistema de saúde mental naquele estado.

O trabalho foi concluído em 17 de novembro de 1977 e deste se originou um relatório que foi publicado no primeiro trimestre de 1978, consta de um resumo das condições de médicos e pacientes diante do sistema ali engendrado.

A publicação foi feita na Revista Saúde em Debate fundada em 1976, vinculada ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Inaugurado no mesmo ano, o Centro se caracteriza pela missão de buscar a democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, sobretudo o acesso à saúde.

Com esse direcionamento no contexto da ditadura militar, explica-se a publicação baiana ser realizada na citada revista. O artigo intitulado *Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia* possui cinco páginas e não é assinado por nenhum

⁶ TENÓRIO, Fernando. **Política de Saúde Mental**. Rio de Janeiro. Instituto Franco Basaglia: 2001. Disponível em: http://www.ifb.org.br/biblio_art.htm Acesso em: 20 Out. 2005.

médico específico, produzindo a ideia de que todos compactuam com o relato, pois, ele é feito em nome da Associação.

O artigo é iniciado estabelecendo a responsabilidade da saúde precária do Brasil à situação de grande desigualdade social do país e, conseqüentemente o acesso à saúde estaria vinculado a uma sociedade de privilégios. Quanto à questão da indústria da loucura produzida pelos ditadores no Brasil, os médicos assim anunciam:

A ação estatal tem privilegiado o setor privado, sendo um instrumento de sustentação da medicina de empresa, atuando principalmente através da compra de serviços, em detrimento da atenção às necessidades da população. Em consequência avolumam-se as queixas e denúncias quanto às distorções e má qualidade dos serviços prestados, havendo mesmo referências à utilização de procedimentos eticamente condenáveis.⁷

O mecanismo de privilégios para sistema privado em detrimento do público não é questionado apenas em relação ao aumento de internações, existem problemas que se originam de ordens mais graves. O ato de amontoar as pessoas como formas de conseguir mais verba impedia um serviço de qualidade, tornava os pacientes ainda mais vulneráveis a abusos de violência física e também sexual.

Os profissionais se tornaram mal remunerados em relação à quantidade de pacientes a serem atendidos, o que acarretava um descaso pela falta de condições de atendimento. A psiquiatria foi se tornando uma zona marginalizada da medicina, o manicômio um lugar símbolo do atraso, pois, os tratamentos continuaram sendo os mesmos de períodos anteriores como o eletrochoque e o choque cardiazólico.

A década de sessenta do século XX foi importante por proporcionar as primeiras medidas de uma reforma psiquiátrica, mas a década de setenta é importante devido à postura de parte dos médicos assumem. É também um período que o regime militar se torna mais violento, o milagre econômico auxilia no ufanismo de um país em que as forças de lados opostos começam a entrar em atrito constante.

Na proporção de endurecimento da ditadura militar a resistência também se arrefeceu, de vários espaços o sistema político e econômico adotado passou a receber críticas e enfrentamentos. Os anos setenta preparou o terreno para as grandes denúncias na grande imprensa, fato que passa a ocorrer mais precisamente na década de oitenta.

⁷ Revista Saúde em Debate, n. 6, Jan-Fev-Mar 1978. Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia, p. 32.

O que os médicos da Bahia realizam é a demonstração de uma parte de um todo em relação ao tratamento psiquiátrico naquele período, denunciam não apenas o aumento do número de internos como das práticas que não deveriam de ser realizadas.

Na continuidade do artigo, os médicos ressaltam a insistência brasileira em permanecer com o sistema asilar:

Apesar do conhecimento mundial desde algumas décadas, dos malefícios e da ineficácia da prioridade ao atendimento hospitalar, verifica-se nos últimos anos, na Bahia, uma ampliação relativa da rede hospitalar em comparação com a rede ambulatorial. Essa situação tem contribuído para um grande número de hospitalizações desnecessárias, proporcionando a cronificação, deterioração e maior estigmatização dos doentes.⁸

A principal tentativa era fazer ver que o governo brasileiro estava na contramão dos debates sobre a saúde mental, e que este atraso não era fruto de um *subdesenvolvimento*, mas sim de articulações políticas de seus governantes.

Enquanto falava-se em desospitalização o Brasil insistia na grande internação, na manutenção do manicômio e no poder psiquiátrico indiscriminado a partir do aluguel de leitos. O ponto principal do artigo da revista era escancarar uma ação autoritária dos militares, expor que poderiam existir interesses intrínsecos em se manter o sistema asilar.

A manutenção de uma preferência hospitalocêntrica auxilia no processo de controle da população, a instituição passa ter uma função a mais no regime militar que seria de ajudar como um dos braços da repressão da ditadura.

O artigo da Associação Psiquiátrica da Bahia em relação a isso expõe que,

os psiquiatras tem sido levados, dentro desse papel outorgado pelo sistema, a serem instrumentos de ação repressora, da exploração da doença, da exclusão do doente, em conluio com a política de descaso e má qualidade do serviço público e com os interesses privados lucrativos.⁹

De acordo com a visão dos psiquiatras a atitude do governo militar os colocava em uma situação no mínimo constrangedora, reconhecem que sua atuação ajudava no

⁸ Revista Saúde em Debate, n. 6, Jan-Fev-Mar 1978. Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia, p. 32.

⁹ Ibid.

processo de repressão à população. Uma exploração da doença que ultrapassa os ditames médicos, e se torna muito mais política do que de assistência à saúde.

Torna-se uma questão política mediante o fato de que as definições da normalidade passam também pelo crivo das necessidades do Estado, os médicos eram impelidos a se tornarem verdadeiros censores, enquanto os demais profissionais como agentes carcereiros.

A luta antimanicomial não está, portanto, engajada apenas na busca de humanização do atendimento ao doente mental, sua posição torna-se também de denúncia diante dos problemas enfrentados e da utilização da produção da loucura em favor da repressão social.

São várias as denúncias que aparecem, portanto, na década de setenta ainda um pouco tímidas, mas ao seu final o volume aumenta com o fim da censura à imprensa nos finais de 1978.

É nesse contexto, que no fim da década citada, que surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil. Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclode movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país.¹⁰

O MTSM¹¹ teve início denunciando as condições precárias de trabalho, pois, mesmo nos hospitais particulares que recebiam as verbas do governo federal, não havia

¹⁰ CAVALCANTI & MESQUITA & NOVELINO. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil** : Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010, p. 07.

¹¹ Parece-nos apropriado considerar que, a partir de 1978, o MTSM assume consciência de si e para si, passando a assumir os significantes “Reforma Psiquiátrica” parafraseando os já consagrados “Reforma Sanitária” – como designação do conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, realizadas a partir desse momento. Essas ações estão em continuidade, em termos gerais, com aquelas que vinham sendo realizadas anteriormente na mesma direção e sentido, já a partir da década de 60, conforme demonstrado por Costa-Rosa (1987). É verdade, entretanto, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica, designado como tal, ganha maior visibilidade no final dos anos 70. (...) passou a ser animado por uma nova geração de trabalhadores de Saúde Mental, que começou a ingressar nas instituições psiquiátricas em grande número no final dos anos setenta e, especialmente, início dos anos oitenta (Yasui, 1999: 74). Essa entrada de trabalhadores foi motivada justamente por transformações institucionais baseadas nos princípios organizativos do preventivismo comunitário (Devera, 2005). Também é a partir dessa época que a luta pela transformação da Assistência Psiquiátrica no país ganha estreita vinculação com as questões políticas que agora se explicitam na agenda da sociedade: democratização e anistia a presos políticos, entre outras. Ao mesmo tempo o debate sobre a loucura, a violência institucional e a segregação a que ela está submetida, ultrapassa os muros do Hospital Psiquiátrico, das universidades e ganha domínio público, através de uma série de denúncias na imprensa (idem).

investimento algum. Diante da situação enfrentada dia-a-dia dentro do hospital, das concepções teóricas que chegavam de outros países organizaram-se para constituir um movimento integrado que pudesse transformar o atendimento em saúde mental no Brasil.

No ano de 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e de Instituições no Rio de Janeiro,

O congresso possibilitou a vinda ao Brasil de diversos e importantes nomes do cenário mundial no campo da Saúde Mental, como Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia, que iniciaram uma série de debates e conferências pelo Brasil.¹²

A visita ao Brasil destes pensadores e problematizadores da saúde mental foi de grande importância, houve uma consolidação da ideia de que o caminho era de fato o movimento antimanicomial. As experiências de Basaglia, assim, como as análises dos teóricos trouxeram para os médicos psiquiatras brasileiros um novo olhar sobre a prática psiquiátrica e a loucura.

Essas mudanças, que pareciam aparentemente simples, iniciaram uma transformação no entendimento da loucura como uma construção social, e de sua utilização como forma de prática de exclusão. Tratar com mais humanidade era reconhecer que o louco estava cercado de saberes, de elementos que o destituíam da condição humana transformando-o em uma categoria.

No entanto, se parte dos psiquiatras brasileiros tomavam parte das teorias antimanicomiais, reconheciam que havia uma construção social da loucura ligada inclusive aos interesses do Estado, outra parte se incomodava com as novas discussões.

Um coronel médico da aeronáutica expôs sua opinião sobre o assunto, em artigo publicado em 2004, em um trecho específico ele afirma:

a antipsiquiatria passou a ser tema preferido da juventude desajustada, dos portadores de conflitos sociais, mentais, sexuais, dos contestadores contumazes e foi usada como instrumento político de contestação e de desorganização social. Em maio de 1978, o médico italiano, Franco Basaglia, membro do Partido Comunista Italiano

¹² Yasuí, S. (1999). A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico. Dissertação de Mestrado não Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FCL-Assis. Assis, SP. Apud DEVERA Disete; COSTA-ROSA Abílio de. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** In: Revista de Psicologia da UNESP. N 6, 2007, p. 67

[anarquista e gramscista], conseguiu que o Parlamento de seu país aprovasse a Lei de nº 180 que acabava com os hospitais psiquiátricos. Em 1987, Roy Porter lançou o livro Uma História social da Loucura, repetindo a mesma cantilena antipsiquiátrica. Podemos asseverar com segurança que foi na década de sessenta que se forjou a contra-cultura que caracterizou esse final se século.¹³

É interessante como o autor cita exatamente como parte dos defensores dessas ideias de mudança na saúde mental, características que estavam relacionadas a transtorno mentais nos manicômios brasileiros. A fala do médico coronel leva a imaginar que, se pensavam em uma teoria da conspiração envolvendo os psiquiatras para se produzir uma verdadeira anarquia no Brasil.

O louco em si e suas condições de tratamento, sua socialização não foi citada no artigo, mas sim a indignação diante da mudança no atendimento psiquiátrico que foi visto unicamente ligado ao comunismo.

Seria uma reafirmação do sistema asilar como forma de controle, capaz de afastar males da sociedade, servindo como ponto de apoio para a definição do comportamento normal. A exclusão, nesse pensamento, tinha a função importante de demonstrar o errado para que as pessoas do lado de fora dos manicômios seguissem os padrões então estabelecidos.

O certo e o errado eram definidos pela exclusão, retirar do convívio social, isolar do mundo destituindo o sujeito de suas características impondo-lhe formas e juízos de uma categoria, era a estrutura correta para uma consolidação social de uma sociedade ordenada e normalizada.

Exatamente essas razões, juntamente com a utilização desses mecanismos por parte do Estado ditatorial brasileiro que o movimento antimanicomial ganhou força, outros eventos ocorrem reunindo trabalhadores de todos os setores da saúde mental e a sociedade começa a se chocar com as denúncias realizadas.

Assim têm-se início a década de 1980, o processo de abertura política em fase de execução e a liberdade de imprensa permitiu que discussões antes não autorizadas pudessem ser realizadas.

¹³ CHAVES, Vitor Leonardo da Silva. **Antipsiquiatria**. 2002. Disponível em: www.alertamedico.med.br. Acesso em: 20 Mar. 2009.

A revista *Isto é*, por exemplo, trouxe como reportagem de capa da edição de 02/06/1982 os seguintes dizeres: *Loucura, uma tragédia brasileira*. São oito páginas dedicadas a trazer à tona todo o problema do atendimento psiquiátrico brasileiro.

Na reportagem são evidenciados o descaso com os pacientes, o uso de eletrochoque, de lobotomia, a super lotação das alas femininas e masculinas, fotos que parecem mais lembrar um presídio que um hospital. O foco tanto é o Hospital Psiquiátrico Juqueri como também o de Barbacena, em que se percebe uso de violência, a miséria e o abandono dos pacientes.

Durante a década de 1980 como se avolumam as denúncias por parte da imprensa, o movimento antimanicomial se empodera e passa a realizar uma série de eventos: I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, Encontro Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru também em 1987, Intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos em 1989.

Estes eventos e a pressão social através da imprensa fizeram chegar à Câmara Federal o Projeto do Deputado Paulo Delgado ainda em 1989, o texto inicial do que se tornaria posteriormente a lei 10.216/01.

Na década de 1990 as discussões nacionais já se voltavam para a elaboração da lei, algumas reorganizações já estavam sendo conquistadas por parte do movimento em relação ao Estado brasileiro. A abertura política e elaboração da Constituição de 1989, que ao intitular em de cidadã, deveria dar espaço para a humanização da saúde mental no Brasil.

O louco infrator até então não havia sido problematizado, mas a partir do momento que a elaboração de uma lei antimanicomial começa a ser formulada, as atenções também se voltam para os manicômios judiciários. No entanto, Goiás, não teve nenhum manicômio judiciário ao longo de sua história, e os loucos infratores emergiram entre outra categoria de exclusão.

A LUTA ANTIMANICOMIAL E A VISIBILIDADE DO LOUCO INFRATOR EM GOIÁS

Cerca de dez anos antes da elaboração exata da lei antimanicomial a luta social pela sua elaboração já provocava discussões, quando entramos nos anos de 1990 a ideia

era de que se criasse um espaço para a custódia do louco criminoso, havendo assim conjecturas a respeito da criação de um manicômio judiciário:

Ao visitar ontem de manhã as obras do anexo do CEPAIGO que servirá de manicômio judiciário, o desembargador Lafaiete Silveira, corregedor geral da justiça, considerou que aquela unidade atenderá em partes as necessidades que o Judiciário tem hoje de acomodar e realizar os exames dos detentos e réus em julgamento, que sejam portadores de doenças mentais. “Os problemas que a justiça enfrenta na execução de penas de doentes mentais são grandes e só serão resolvidos com a construção de um hospital de custódia psiquiátrica, mas este anexo aqui no CEPAIGO já é um grande passo para amenizar a atual situação”.¹⁴

Até este início de década a discussão já vinha mais acalorada e com outros resultados em determinadas regiões do Brasil, no entanto, em Goiás se falava da construção de uma ala anexa ao presídio para se abrigar os loucos criminosos. É interessante, que a maneira como jornal nos apresenta o tema da reportagem nos leva a imaginar que anteriormente a isso não havia a preocupação com local adequado para esta categoria.

Não obstante, se o jornal traz a notícia da construção de um anexo para os loucos infratores no CEPAIGO, essa construção de anexo não chegou a ser executada e, mesmo se tivesse sido realizada não poderia entrar em funcionamento no bojo das discussões sobre o fechamento das instituições asilares.

Portanto, para que a chamada lei antimanicomial pudesse ser formulada e promulgada, estudos foram feitos não apenas nos sanatórios, mas em outras instituições que abrigavam doentes mentais. Com a possibilidade de fechamento do nosocômio, o alvo imediato foi o CEPAIGO onde foram encontrados vários homens e mulheres trancafiados em seus próprios delírios.

Ainda em 1993 quando o Hospital Adauto Botelho funcionava, o desembargador Lafaiete Silveira continua suas observações lembrando que:

muitos sentenciados estão sendo internados em condições inadequadas no Hospital Adauto Botelho e no CEPAIGO, sendo que alguns serviços de perícias psiquiátricas são realizadas por profissionais do Serviço Médico do Tribunal de Justiça.¹⁵

¹⁴ Jornal **O Popular**, 03/06/1993.

¹⁵ Jornal **O Popular**, 03/06/1993.

A grande questão neste assunto nos anos de 1990 é a necessidade da internação que se torna presente, porém, os hospitais não estavam preparados para receber este tipo de paciente. Esse desdobramento da fronteira entre a normalidade e a loucura, não possuía um espaço definido e esse hiato acabava por conduzir à prisão a maioria dos casos.

A recepção inadequada ocorria no Hospital Aduato Botelho também pela demanda originada de outras cidades. Por mais que na reportagem acima mencione o sanatório como um espaço de recepção do louco criminoso, na leitura das fontes a situação que se encontra é de uma preponderância do CEPAIGO.

A lotação do Aduato Botelho já nos anos de 1970 se encontra maior do que o esperado, o encaminhamento continuava sendo feito pelas mãos da polícia o que vai ocorrer até por volta do fim dos anos de 1980¹⁶. Neste sentido, o louco criminoso não era compreendido neste meio, pois para ali iam os inadaptados sociais comuns, em sua maioria de classe menos favorecida, idosos, mendigos.

Entre o posicionamento do Estado e as fontes, percebe-se uma diferença em relação às internações no sanatório, pois, há sempre negações e uma busca pela permanência do indivíduo em cadeia comum. No entanto, a relação entre o Hospital Aduato Botelho e o louco criminoso durante o processo da reforma psiquiátrica parecia ser uma questão mais permanente do que antes.

Houve um aumento nos casos de crimes praticados por doentes mentais, principalmente depois do fechamento do Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho. [...] O delegado garante que pelo trabalho realizado diariamente é possível constatar que antes não se registravam tantos casos em tão pouco tempo, embora a polícia não conte com estatísticas precisas quanto ao envolvimento de doentes mentais em delitos.¹⁷

A responsabilidade direcionada ao fechamento do manicômio deixa evidente não a internação de loucos criminosos, mas sim que a luta pela reforma psiquiátrica trouxe mudanças nas narrativas sobre a doença mental e o crime. O que pode-se

¹⁶ Essas informações podem ser obtidas através do documentário “Passageiros de Segunda Classe”, filme rodado em 1986 e concluído em 2001. Foi dirigido por Luís Eduardo Jorge, Waldir de Pina e Kim-Ir-Sem e, procurou retratar como eram tratados os pacientes do Hospital Psiquiátrico Prof. Aduato Botelho. As imagens acabam por falar por si sós, quase como uma denúncia da utilização do eletrochoque e do encaminhamento de pacientes pelas mãos da polícia. Se a lei 10.216/01, traz sérias modificações, essa talvez seria uma das mais importantes, restringindo o encaminhamento ao médico, tendo ainda que se relatar ao Ministério da Saúde em caso de internação contra a vontade do paciente.

¹⁷ Jornal **O Popular**, 13/12/1997.

perceber na notícia é a mudança de foco, pois, responsabiliza-se o fechamento do sanatório como causa do aumento dos crimes praticados por doentes mentais. A narrativa, anteriormente não considerava essa possibilidade.

Neste sentido, o que se narra está relacionado com esta prática, pois, como Ricoeur afirma, a narrativa seria uma forma primitiva de discurso, ao mesmo tempo muito ligada à tradição.

A reforma psiquiátrica, portanto, retira o viés da práxis da prisão para responsabilizar o fechamento da instituição psiquiátrica que, de alguma forma, ia de encontro com as novas tendências humanitárias que visavam eliminar a grande internação.

É possível observar que há uma experiência no tempo vivida, a do encarceramento dos loucos infratores em presídios, que define não apenas sua diluição na categoria, mas estabelece as responsabilidades dos crimes visto que não existe o inimputável.

A reforma psiquiátrica que culmina na lei antimanicomial, muda essa lógica, o sujeito inimputável se torna uma realidade ao mesmo tempo em que a experiência no tempo era uma, se fazia necessário mudar a prática. Quando vemos a responsabilidade do aumento dos crimes ser elencada ao fechamento do sanatório, é uma tentativa de manutenção do mesmo status.

A questão é que a

Narrativa constitui (especificamente) a consciência histórica na medida em que recorre a *lembranças* para interpretar as experiências do tempo. A lembrança é, para constituição da consciência histórica, por conseguinte, a relação determinante com a experiência do tempo.¹⁸

Nesta acepção há uma ruptura em relação à experiência no tempo, se torna necessário ressignificar o que foi vivido para dar luz às novas exigências legislativas. Era preciso reconsiderar a prisão e ter que compreender a existência de uma categoria intermediária que até então não tinha sido visualizada.

Seria preciso constituir nova forma de conceber esse indivíduo, deixar para traz os laços com a cadeia e elaborar novos mecanismos de atenção ao louco infrator por parte do Estado. É nesta concepção que passam a surgir, pela primeira vez em Goiás,

¹⁸ RUSEN, Jorn. **Razão Histórica**. Brasília: Ed. UNB, 2001, p. 62.

políticas destinadas ao atendimento e ao registro dos loucos infratores como categoria independente do louco e do criminoso.

A partir dessas novas experiências no tempo, passa-se a constituir novas práticas e uma nova consciência em relação a campo da loucura e do crime e sua relação com a sociedade e os direitos humanos. Seria elaborar uma nova perspectiva de tradição, concebê-lo em sua individualidade médico-jurídica e associá-la ao corpo social.

O fato de que não se tenha registros do envolvimento de doentes mentais em crimes, leva a crer que tal fato não ocorre exatamente porque eram todos tratados da mesma forma. Neste momento, a nova ordenação carecia de novos mecanismos de registros, uma nova dinâmica da linguagem para dar conta deste *estranho*.

Com relação aos doentes mentais que cometeram algum tipo de crime, o delegado defende a permanência deles em um manicômio judiciário. “Não existe local ideal para abrigá-los. Eles não podem ficar nas delegacias, permanecer nos presídios, ou mesmo no Adauto. No caso, estão sujeitos ao art. 26 do Código Penal Brasileiro, da imputabilidade, ou seja, não podem ser responsabilizados por seus atos. E no manicômio que ainda não existe em Goiânia, eles poderiam receber tratamento psiquiátrico adequado”.¹⁹

A percepção da dificuldade da assimilação do louco criminoso acaba sendo assumida na reportagem, é o esquema da linguagem que não consegue definir por ser o mesmo estranho às definições criadas pela dinâmica social. A fronteira antes estabelecida não conseguia responder a esse sujeito, as narrativas não possibilitavam a criação do seu espaço simbólico de existência.

Neste sentido, a sua figura se torna um incômodo e, principalmente, ao observarmos que o momento histórico em questão é exatamente quando se propõe discutir a doença mental em tom amplo. Na reportagem fica clara a falta de perspectiva da criação de um lugar, de determinar o que era de fato e como tratar o louco criminoso.

Os debates ainda prosseguiram, fatos outros colocaram em voga os questionamentos a respeito destes sujeitos históricos confinados nas cadeias e silenciados pelos saberes que os cercavam. A loucura também sofreu uma espécie de libertação a partir da problematização da psiquiatria, pois ela se estendeu para a sociedade não estando restrita apenas a determinados tipos sociais.

¹⁹ Jornal **O Popular**. 13/12/1997.

Ultrapassando os muros do sanatório ela ganhou as ruas no sentido de não se restringir, por exemplo, à massa de pobres, mendigos e idosos abandonados. A percepção de que outros males estariam relacionados à doença mental, esteve arrolado diretamente com essa possibilidade alcançada pelos debates da reforma psiquiátrica.

Neste caso, se a própria ideia de loucura se amplia e inicia o seu processo de humanização, aquela vinculada ao crime tenta construir o seu espaço, suas narrativas. Essa queda dos muros do hospício propiciou enxergar a complexidade da fronteira entre o normal e louco para além de suas dicotomias.

“Fechamento do Adauto Botelho inviabilizou atendimento a mendigos sem referência familiar e residência fixa e muitos são abandonados pela cidade”.²⁰ Essa manchete de jornal traduz como a reforma psiquiátrica e o fechamento do hospício estavam sendo interpretados.

O local representava a segurança da população e a possibilidade de higienização da cidade, era como um depósito de detritos humanos. Seu fechamento trouxe para a discussão uma série de problemas que até então podiam ser ignorados, como a presença destes moradores de rua recolhidos no hospital psiquiátrico.

Seguindo a reportagem, ela nos traz um exemplo que nas entrelinhas de seu texto servem para criticar a postura da reforma diante do fechamento dos hospitais asilares.

Enquanto isso, pessoas como E.A. estão sujeitas a formas sub-humanas de tratamento. No dia 28 ele foi pego pela polícia porque invadiu uma casa, segundo ele, a procura de comida. Deixado no pronto-socorro psiquiátrico, permaneceu na porta do hospital até na manhã do dia seguinte, quando teve uma crise e ficou agressivo. Depois de ser rendido por uma técnica em enfermagem e um atendente, ele foi contido e medicado, embora não houvesse médico de plantão no horário. Permaneceu amarrado e deitado num banco de cimento na sala de espera durante toda a manhã. Às 11 horas chegou a médica plantonista, que o colocou no leito sem lençóis, de uma das enfermarias, ainda sob contenção mecânica. Como disse que não tinha casa e nem parentes, a médica revelou que ele ficaria ali até melhorar da crise e depois seria liberado.²¹

É clara a intenção da reportagem de demonstrar ainda a presença de certa violência no trato com o paciente, como afirmei, a ideia do jornal era a de criticar a

²⁰ Jornal **O Popular** 08/06/1997.

²¹ Ibid.

postura da reforma psiquiátrica. Fechar o sanatório apresentou outros problemas para a sociedade, como dar conta da gama de indigentes que assim o são muitas vezes por abandono de suas famílias.

Esse não entendimento do encerramento do sanatório se traduz no controle social realizado por ele, já que muitos encaminhamentos eram marcados pelo autoritarismo. O indigente, então responsabilidade do Estado, ficava carente de um espaço que o abrigasse, assim, o problema apareceu para ser discutido quando o grande asilo passou a ser substituído por hospitais-dia.

É claro que essa percepção não ficou restrita ao louco comum, também nos jornais da época o louco criminoso tomou suas páginas, sendo discutido após a interpretação de sua existência, de sua ambivalência.

O problema do doente mental criminoso no Brasil, é mais cruel do que se tem ideia. O Código Penal o isenta de culpabilidade por não ter noção do ato que praticou, mas fica sujeito à medida de segurança. Ao invés de ficar confinado na prisão, o doente mental deveria ser internado num local próprio para tratamento psiquiátrico, sob cuidados constantes. Da teoria à prática um longo caminho ainda terá de ser percorrido. Os criminosos doentes mentais goianos estão confinados em celas do CEPAIGO e Casa de Prisão Provisória, junto aos presos comuns, vivendo sem assistência médica e em condições sub-humanas.²²



É interessante perceber que após o fechamento do Hospital Adauto Botelho, as narrativas sobre o louco criminoso tomam uma proporção diferente. Não havia anteriormente uma discussão maior em relação a seu confinamento nos presídios porque o crime e a loucura sofriam de outra interpretação.

No entanto, quando chegamos à metade da década de 1990, vemos que as reportagens se ocupam de dar a ele agora um lugar, de estabelecer a necessidade se não de um hospital de custódia, o hospício comum. É claro que isso faz vias às críticas em relação ao fechamento do sanatório, dessa forma o louco criminoso aparece como aquele que deveria ocupar este espaço mesmo que antes isso não fosse a prática comum.

Há uma mudança no sentido tomado pelas narrativas em relação ao criminoso louco; a necessidade era de exclusão, de segregação que depois se transforma em uma nova perspectiva diante do fechamento do Adauto Botelho. A ideia da segregação passa a ser substituída pela cobrança de um local que pudesse atender ao louco criminoso.

²² Jornal **O Popular**. 04/08/1996.

A imprensa tomou um posicionamento, pelo menos nos primeiros anos que seguiram os debates e ações da luta antimanicomial, contrário ao fechamento das instituições asilares. Aparentemente, incomodava aqueles sujeitos tidos como não adaptados ou mesmo perigosos de repente livres nas ruas das cidades.

A questão é que o louco criminoso, este *estranho*, incomoda a dinâmica social existente. Estremece as definições das fronteiras antes estabelecidas de maneira segura, é o sujeito que a linguagem inicialmente não categorizou, é o desdobramento da fronteira da loucura e da normalidade.

O louco criminoso é o entre lugar da prisão e do hospício, aquele cujo comportamento em Goiás, teve sua interpretação particular em referência às experiências históricas vivenciadas. É sujeito construído na literatura, na imprensa, no processo criminal.

Locais onde as narrativas tentam abarcar sua complexidade, técnicas diferentes do uso da linguagem, mas que se utilizam do fascínio e do impacto do louco criminoso para a construção de seus enredos. A imprensa se alimenta das construções em torno das vidas das vítimas e dos réus, estabelecem conexões propositais para satisfazer os enredos criando verdadeiros folhetins diários.

Essa mudança de foco como vimos está na ruptura em relação às narrativas, pois, a partir da lei antimanicomial passa a ser necessária uma nova estruturação das experiências no tempo. É o que torna possível a visibilidade do louco infrator, a discussão de seu tratamento e a necessidade de humanização.

RECEBIDO EM: 23/11/2017

PARECER DADO EM: 29/01/2018