

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu*
Programa de Mestrado em História, Cultura e Poder

Aline Lemos Feier

**LOUCURA QUE SE ESCREVE, LOUCURA QUE SE FALA:
O LUGAR DO LIVRO *CANTO DOS MALDITOS* (1990) NA HISTÓRIA**

Goiânia
2015

Aline Lemos Feier

**LOUCURA QUE SE ESCREVE, LOUCURA QUE SE FALA: O LUGAR DO
LIVRO *CANTO DOS MALDITOS* (1990) NA HISTÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em História Cultural, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para a obtenção do título de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sugizaki.

Goiânia
2015

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

F2971 Feier, Aline Lemos.
Loucura que se fala, loucura que se escreve
[manuscrito] : o lugar do livro Canto dos Malditos (1990) na
história / Aline Lemos Feier – Goiânia, 2015.
122 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade
Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto
Sensu* em História, Cultura e Poder.
“Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sugizaki”.
Bibliografia: p. 36-41.

1. Loucura. 2. Psiquiatria. 3. História. I. Título.

CDU 159.96:94(043)



**PUC
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás • Brasil
Fone: (62) 3946.1070 • Fax: (62) 3946.1070
www.pucgoias.edu.br • prope@pucgoias.edu.br

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM HISTÓRIA DEFENDIDA EM
11 (ONZE) DE AGOSTO DE 2015 (DOIS MIL E QUINZE) E
Aprovada PELA BANCA EXAMINADORA.

Eduardo Sugizaki

Prof. Dr. Eduardo Sugizaki / PUC Goiás (Presidente)

Maria Cristina N. Ferreira Neto

Profa. Dra. Maria Cristina N. Ferreira Neto / (Membro) PUC Goiás

Ronie A. T. Silveira

Prof. Dr. Ronie Alexsandro Teles da Silveira / (Membro) UFBA

Sônia Maria Ribeiro dos Santos

Profa. Dra. Sônia Maria Ribeiro dos Santos / (Membro)
PUC Goiás

Profa. Dra. Deusa Maria R. Boaventura / (Suplente) PUC Goiás

A todo custo, quero entrar na parede.
Esconder-me, fazer parte do cimento do
quarto. Olhos na abertura da porta rodam
a fechadura. Já não sei quem e o que
sou. Acuado, tento fuga alucinante.
Agarrado, imobilizado... escuto parte do
meu gemido.
Quem disse que só se morre uma vez?

(Austregésilo Carrano Bueno, 2001, p. 5)

AGRADECIMENTOS

Este é um dos momentos mais esperados para quem se dedica a uma pesquisa. Pois agradecer significa que uma etapa foi vencida. No entanto, não necessariamente a pesquisa tenha realmente chegado ao fim, ou que se tenha respondido a todas as perguntas que motivaram o início dos trabalhos.

Assim, tendo a certeza de que tal pesquisa ainda não chegou ao fim, que ainda não respondeu boa parte das perguntas que me motivaram a este caminho, e que, por ainda estar aberta, pode me levar a muitos outros conhecimentos, e caminhos.

Não posso deixar de registrar o crescimento profissional e intelectual que a pesquisa me proporcionou, tenho a certeza de que meu caminho ainda é longo, no entanto, agora sigo-o com mais força e destreza.

Com toda certeza, meus primeiros agradecimentos vão à minha família, que é meu tesouro, que está no meu coração. Apesar de vivermos assim tão longe um do outro, vocês sempre estão perto de mim, participando do meu dia a dia, e me dando forças para continuar. Assim, agradeço a meus pais, Nelson Antonio Feier e Edileuza Correia Lemos, pela educação, pela força, pelo amor e pelo carinho que me proporcionaram. A meus irmãos, Atila Lemos Feier, Alex Lemos Feier, e Nelson Lemos Feier, que vivem no meu coração e sempre estão comigo. Estendo este agradecimento especial a todos os meus tios, tias, primos, primas, e um muito especial à minha amada vovó Santa (Laura Vieira de Melo).

Desse modo, algumas pessoas e instituições foram primordiais no meu caminho até aqui e gostaria de agradecer-lhes profundamente. Primeiramente a CAPES, que financiou de algum modo esta pesquisa. E à Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na qual percorri este caminho.

Algumas pessoas foram muito especiais no meu trajeto, o professor Eduardo Sugizaki, meu orientador e ouvinte de tantas horas, que me aceitou tardiamente como sua orientanda e me guiou no caminho até aqui. Além dele, todos os professores com quem conversei e dialoguei de algum modo sobre minha pesquisa e minhas dúvidas, que sempre eram muitas, meus sinceros agradecimentos. A meus

colegas de sala, que juntos tomamos muitos cafés, e muitas histórias foram contadas, entre discussões sobre livros, fontes, e todas as problemáticas que rondam a vida de um mestrando.

Outras pessoas também foram muito especiais, que fizeram parte de minha trajetória até aqui: como Aruanã Antonio dos Passos, uma pessoa que fez parte de minha vida, e que me motivou a esta pesquisa, e deu o apoio que necessitei, meus sinceros agradecimentos.

Muitos amigos também cruzaram meu caminho e me ajudaram na pesquisa, nas dúvidas e nos meus tormentos, alguns, em especial, devo mencionar, como: Danny Xavier, um querido amigo que sempre esteve pronto a me ajudar e me acalmar, que me salvou no dia final da pesquisa. Como todo mestrando passa por coisas sempre inexplicáveis, eu também passei, e ele, meu amigo, me salvou. A João Paulo Ferreira da Silva pelo espírito de paz e amor, nos momentos de tormenta, meu muito obrigada e meus sinceros agradecimentos. E outros tantos amigos, que não devo mencionar para não cometer a gafe de esquecer alguém, sintam-se todos abraçados e tenham meus agradecimentos.

RESUMO

Esta dissertação apresenta uma compreensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e sua relação com a figura de Austregésilo Carrano Bueno e sua autobiografia Canto dos Malditos. Para compreender esta relação buscamos analisar a história da inserção das drogas em nosso território, a legislação sobre as drogas e suas alterações. Para compreender esta relação faremos um percurso sobre a história da psiquiatria internacional e algumas reformas psiquiátricas, até chegarmos na história da nossa psiquiatria e na nossa recente Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chaves: Loucura, Psiquiatria, Reforma Psiquiátrica e Canto dos Malditos.

ABSTRACT

This dissertation presents an understanding of Brazilian Psychiatric Reform, and its relationship with the figure of Austregésilo de Carrano traps Bueno and his autobiography *The Corner of the Damned*. To understand this relationship ,it was decided to analyze the history of the incorporation of drugs into our territory, the legislation on drugs and their amendments. To understand this relationship, it will be done a course on the history of international psychiatry and some psychiatric reform, until we get to the history of our psychiatry and in our recent Brazilian Psychiatric Reform.

Keywords: Madness, Psychiatry, Psychiatric Reform and *The Corner of the Damned*.

SUMÁRIO

Agradecimentos	05
Resumo	07
Abstract	08
Sumário	09
Introdução	10
Capítulo 1: Das detenções ao internamento	22
1.1 Carrano: de caso de polícia a caso psiquiátrico	22
1.1.1 A interdição do uso da maconha na história do Brasil	24
1.1.2 Juventude, drogas e Regime Militar	30
1.1.3 Prisão para vadios na Delegacia de Narcóticos	34
1.2 O internamento asilar de Carrano	40
1.3 Entre loucura e lucidez: o hospício e a família	46
Capítulo 2: Tratamento psiquiátrico	51
2.1 O tratamento de Carrano.....	51
2.2 A situação da psiquiatria brasileira e internacional	58
2.3 Psicocirurgias: lobotomia e leucotomia	65
2.4 O médico e o tratamento	69
Capítulo 3: No contexto da Reforma Psiquiátrica	74
3.1 O louco: no hospital ou na sociedade.....	74
3.2 O contexto internacional da Reforma Psiquiátrica.....	83
3.3 Comunidades Terapêuticas	88
3.4 A psiquiatria brasileira e a Reforma Psiquiátrica	91
3.5 Da realidade para a ficção: o filme <i>Bicho de Sete Cabeças</i>	97
3.6 Mudanças de paradigma	106
Considerações Finais	109
Fontes	112
Referências Bibliográficas	117

INTRODUÇÃO

A criança é mais individualizada que o adulto, o doente o é antes do homem são, o louco e delinquente mais que o normal e o não delinquente.

Foucault, 2005, p. 161

Bicho de Sete Cabeças, filme de Laís Bodanzky (2000), teve, como base para seu roteiro, o livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno, *Canto dos Malditos* (1990). O tema de ambos, filme e livro, como o sabemos, é a passagem de Austregésilo Carrano Bueno por espaços psiquiátricos e de confinamento, sua experiência subjetiva, além de abordar de alguma forma a questão do hospício e da psiquiatria na história recente do Brasil, do período do Regime Militar aos nossos dias. Assim, livro e filme tiveram suas histórias e estas cruzaram-se com a história do Movimento Antimanicomial brasileiro. Mas de que maneira se deu este cruzamento?

Sabe-se que autobiografias respondem a motivações nem sempre controláveis por parâmetros rígidos de veracidade ou de verificabilidade (CALLIGARIS, 1998). Não compete, entretanto, ao historiador – assim compreendemos nossa tarefa – saber das necessidades subjetivas de confissão, nem sobre a recriação de novo sentido para a identidade e outros problemas da interioridade da consciência. Mas há de se levar em conta a advertência da historiografia especializada em autobiografias de que estas e os diários íntimos constituem gêneros cada vez mais presentes nas sociedades, ainda que hoje mediadas pelo registro midiático das chamadas “redes sociais” (CALLIGARIS, 1998). Se concordarmos com a hipótese levantada por Calligaris de que há uma necessidade da nossa cultura na qual a verdade é sempre esperada do sujeito, o ponto de encontro entre psiquiatria e autobiografia não é fortuito, justamente por vislumbrarem uma pretensa verdade da interioridade do sujeito.

Para os historiadores, durante muito tempo e ainda hoje, biografias e autobiografias estiveram entre os documentos históricos problemáticos. Entendemos que todo documento tem problemas metodológicos e epistemológicos, colocando ainda a própria noção de documento histórico como um problema. No entanto, aqui, aceitamos a posição de que é possível construirmos contextos históricos a partir de fontes as mais variadas. Filmes, autobiografias, fotografias e processos judiciais também podem ser fontes válidas.

Vavy Pacheco Borges mostra como as biografias foram, durante muito tempo, deixadas de lado pelos historiadores, mas mostra também que o volume das novas biografias só fez aumentar, ano a ano, e a maior parte destas não são escritas por historiadores. A autora problematiza o fato de que as biografias continuem à margem da historiografia profissional e considera justificável defender que “a biografia é hoje certamente considerada uma fonte para se conhecer a História. A razão mais evidente para se ler uma biografia é saber sobre uma pessoa, mas também sobre a época, sobre a sociedade em que ela viveu” (BORGES, 2008, p. 215).

O estudo da autobiografia de Carrano e do filme *Bicho de Sete Cabeças* quer inscrever estes textos num modo de compreender um contexto histórico específico, mas a história desse processo forma num campo de saberes onde se cruzam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Movimento Antimanicomial e a trajetória de vida de Austregésilo Carrano Bueno. Esse campo de saberes disputa uma relação de poder em torno da verdade sobre sua historicidade e seu devir:

A promessa de dizer a verdade, a distinção entre verdade e a mentira constituem a base de todas as relações sociais. Certamente é impossível atingir a verdade, em particular a verdade de uma vida humana, mas o desejo de alcançá-la define um campo discursivo e atos de conhecimento, um certo tipo de relações humanas que nada têm de ilusório. A autobiografia se inscreve no campo do conhecimento histórico (desejo de saber e compreender) e no campo da ação (promessa de oferecer essa verdade aos outros), tanto quanto no campo da criação artística. É um ato que tem consequências reais (LEJEUNE, 2008, p. 104).

Sob a égide dos discursos que emulam uma verdade e interferem no espaço público – é o caso da autobiografia de Carrano, voltaremos a esse ponto no Capítulo

I – interessa-nos a historicidade do livro. Seus inúmeros percalços (chegou a ser retirado de circulação em 1990 e em 2002), sua edição e distribuição. Esses elementos nos ajudam a compreender o momento histórico da narrativa do livro: pelos olhos, sentimentos, sensibilidades da experiência individual o seu confronto com a sociedade e, no caso de nosso estudo, o entendimento normatizante sobre o uso de drogas, a relação entre o consumo de drogas psicotrópicas, a loucura e o papel das instituições psiquiátricas nesse processo.

No que se refere às temporalidades, temos pelo menos três momentos específicos. O primeiro quanto ao contexto da época dos acontecimentos relatados na autobiografia de Carrano, os anos de 1970, momento de arrefecimento da repressão militar contra a juventude. O segundo é o da publicação de seu livro, período da redemocratização e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que ocorreu posteriormente à Constituição de 1988. E o terceiro é a sua adaptação para o cinema nos anos 2000.

Essas temporalidades divergentes foram sendo tratadas e analisadas ao longo da pesquisa, de forma individual, uma a uma, para que fosse possível compreender um processo histórico determinado, e sua importância na compreensão da obra em questão, e todas as subjetividades que dela surgem.

Assim, é preciso evidenciar que o processo histórico internacional da Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 60 teve, no Brasil, um ritmo próprio e diferenciado. Ora, o livro de Carrano veio a tornar-se uma peça no complicado jogo que, enfim, desaguou na Reforma brasileira da década de 2000. Para compreendermos a importância de sua experiência, que compôs parte do mosaico da Reforma Psiquiátrica, necessitamos de uma breve apresentação do conjunto da narrativa de Carrano.

O adolescente paranaense, de pseudônimo Austry, como ele mesmo indica, viveu parte dessa etapa da sua vida e da sua juventude internado em hospitais psiquiátricos. Antes disso, ele era um garoto que frequentava o ensino médio, pensando e enfrentando a pressão de escolher o futuro, num momento em que não sabia nem seu lugar no presente (cf. BUENO, 2001). Tais incógnitas da adolescência de Carrano e de seus colegas que passavam pelos mesmos questionamentos que

ele os levaram a usar alucinógenos de todo tipo, como cogumelos, xaropes, e maconha.

O uso dessas substâncias oferecia momentos de êxtase, nos quais Carrano e seus amigos pareciam se transportar para um mundo apenas deles, um mundo no qual não existiam cobranças e nem incompreensões, um mundo de liberdade total. A busca pela liberdade acabaria por aprisionar o corpo e também a mente de Carrano através de suas passagens por instituições médicas. Tendo sua primeira internação em 1974 e a última, em 1977.

Carrano, como um usuário do começo da década de 70, escondia de seus pais boa parte do que fazia fora de casa, talvez por imaginar que estes não iriam compreender todas as excentricidades em que ele se metia, com seu grupo de amigos, já que ser usuário de maconha era razão para discriminação e criminalização. Além disso, Carrano viajou diversas vezes para divertir-se, incluindo uma viagem para o Rio de Janeiro em que na volta para casa quase desaparece do horizonte, pois fora seguida de outra viagem. Uma viagem em que a vida do grupo de “maconheiros” passará a ser sustentada pela atividade esmolar até a detenção do grupo pela polícia local.

Entre viagens, idas e voltas, entra em casa, larga sua mochila e coisas no chão com o desleixo de um adolescente, e aí está o momento de grande mudança no destino do jovem Carrano. Ao jogar suas coisas no chão, junto a elas cai um cigarro de maconha, que seu pai encontra e que trará como consequência o internamento do filho. Israel Ferreira Bueno (pai de Carrano) não foi conversar com o filho, mas foi atrás de amigos e familiares que pudessem ajudar-lhe a tomar a decisão mais acertada para seu filho. A indicação de um amigo policial acabou definindo a decisão do pai e o futuro de Carrano: a internação de seu filho em uma instituição psiquiátrica.

Assim, o 'menor', na linguagem do Código de Menores de 1927, ainda em vigor em 1974, é internado no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro, de Curitiba. A partir desta primeira internação os caminhos que viriam seriam imprevisíveis e inimagináveis. Carrano passou três anos e meio confinado em instituições psiquiátricas do Paraná e do Rio de Janeiro, dos 17 até os 21 anos, sofreu 21 aplicações de

eletroconvulsoterapia, numa voltagem de 180 a 460 volts aplicados nas têmporas.

Já na primeira internação, que teria durado aproximadamente 90 dias, Carrano passa de adolescente vivaz e inteligente a um estado tal que os outros internos já o tinham por “crônico”. Segundo o relato, tudo passava lentamente para ele, percebia tudo o que acontecia à sua volta, mas sem participar de nada. Sua família então percebe que as melhoras não chegariam e que o jovem se perdia dentro de si ao permanecer naquela instituição. Assim, a família pede alta e o médico responsável, Alô Ticoulat Guimarães, concede-a.

Agora, finalmente Carrano estava em casa, mas relata que aquele lugar não parecia mais ser seu lar. Em casa refugiava-se em seu quarto, familiares e amigos tentavam novamente socializá-lo, porém Carrano não se sentia mais livre e à vontade diante daquelas pessoas todas, passa a querer mesmo voltar para o pavilhão do sanatório: “Lá era meu lugar, um esconderijo perfeito para mim – um louco. Onde ninguém iria cobrar nada: que eu era jovem, tinha que viver [...]. Lá ninguém se importava com ninguém” (BUENO, 2001, p. 120).

Em sua narrativa Carrano deixa claro que entendia o que era o 'canto dos malditos', o canto dos doentes crônicos do hospital no pátio onde todos tomavam sol. Aqueles indivíduos daquele canto, ao qual Carrano já começa a sentir uma pertença, “fugiram das cobranças, das satisfações, das obrigações, da normalidade” (BUENO, 2001, p. 121).

Em seu segundo internamento, Carrano agia de forma indiferente a tudo e a todos, não sentia nada. Depois de um período de 8 meses do segundo tratamento, ele se encontra com os movimentos lentos pelo efeito dos comprimidos, mas consciente. Seus pais resolvem tirá-lo da responsabilidade do Dr. Alô Guimarães.

Após a alta desta segunda internação Carrano tenta retomar uma vida “normal”. Inicialmente tudo lhe era estranho, todos o olhavam receosos. Mas ele estava firme na decisão de não querer mais voltar para os muros de um hospital psiquiátrico. Arruma emprego vendendo seguros, faz cursos, se muda para o Rio de Janeiro. Desejava ser ator e viver naquela cidade parecia o aproximar de seu sonho. Até que se envolve numa briga e todos são encaminhados para a delegacia. A gritaria de Carrano na detenção faz mudar novamente o rumo de sua vida. Por fim, é

levado da delegacia para o Hospital Psiquiátrico Pinel, em Botafogo.

Nessa terceira internação, seu discurso se desloca e passa a admitir que a culpa não era de seus pais, mas sim que estava sendo vítima da sua própria malandragem. Uma de suas primeiras surpresas dentro do Pinel, no Rio de Janeiro, foi a rapidez com que falou com o psiquiatra (já que nunca, propriamente, teria conseguido falar com o Dr. Alô Guimarães, que o teria diagnosticado à distância, conforme sua versão). Depois de um pouco mais de quinze dias, seu pai vai buscá-lo e ele é liberado. Mas o relato de Carrano mostra que esta sua estada no Pinel, seu contato com o que ele considerou uma psiquiatria séria, os diálogos que ele diz ter tido com os estudantes estagiários do curso de medicina, tudo isso irá marcá-lo indelevelmente.

Todo o livro mostra que Carrano tem uma visão dicotômica da psiquiatria. Há uma má e uma boa psiquiatria. A má tem por modelo a de Alô Guimarães. A boa é a do Pinel, do Rio de Janeiro. Ele define o psiquiatra do Pinel como um senhor simpático, cabelos grisalhos, que o teria recebido com gentileza em seu consultório dentro do Pinel. “Conversamos muito, informei-o dos meus internamentos anteriores. Do estado em que fiquei. Abismou-se com o uso indevido do eletrochoque no meu caso” (BUENO, 2001, p. 133). Para Carrano “ali estava um psiquiatra que realmente sabia o significado do sacerdócio que é a sua profissão” (BUENO, 2001, p. 133). Assim, o livro reitera uma crítica de práticas psiquiátricas, notadamente o eletrochoque, a internação compulsória, o caráter nocivo de uma doença fabricada no e pelo hospício.

Carrano terá alta do Pinel por iniciativa do corpo médico da instituição. No entanto, este período de retorno à Curitiba será, conforme o relato do próprio Carrano, o de uma exasperação de sua rebeldia e agressividade. Tudo torna-se motivo para o rapaz entrar em confusão. O pai de Carrano tenta interná-lo no Hospital Psiquiátrico Pinheiros, mas ele não aceita. Depois, é internado no Hospital Psiquiátrico Glória, fica uma semana e consegue fugir.

Numa das várias desavenças é detido numa cela de delegacia, sofre agressões corporais sérias e, para evitar a continuação do suplício, resolve lambuzar todo seu corpo com suas próprias fezes. É esse comportamento que o

conduzirá ao derradeiro internamento psiquiátrico, ao completar seus 20 anos de idade, no Hospital Psiquiátrico San Julian. A narrativa dos esforços para sair deste último internamento o faz pensar mais em um presídio do que em qualquer outra coisa. Carrano coloca fogo num dos cubículos, no qual estava por dias, em regime de solitária.

Conforme a narrativa autobiográfica, seja por detalhamentos que aparecem em entrevistas dadas à grande imprensa¹, a constância dos tratamentos psiquiátricos a que fora submetido lhe causaram grandes danos na formação profissional, lesões corporais e psicológicas irreparáveis, Carrano relata que depois de sua última internação precisou de nove anos para se recuperar de algumas das sequelas deixadas pelos violentos tratamentos aos quais fora submetido.

O Canto dos Malditos tem forte peso nos relatos dos traumas das experiências de internamento e tratamento vividos por seu autor. A narrativa crua e realista, com a citação literal a personagens diretamente responsabilizados ao longo do relato, implicou em reação jurídica com os psiquiatras e a instituição de seu primeiro internamento. Tudo isso, de certa forma, também imbricado com o processo histórico que levará à Reforma Psiquiátrica brasileira. A redação do livro foi iniciada em 1986 e que levava quatro anos para ser concluída, Carrano contava então com 29 anos de idade. É publicada em forma de livro em 1990. Nesta primeira publicação, são revelados os verdadeiros nomes de muitas pessoas que encontrou em sua trajetória: desde médicos, enfermeiros a pacientes. Fato que causou o recolhimento dos exemplares das livrarias devido a um pedido formal realizado pela família do médico psiquiatra Alô Ticoulat Guimarães à Editora da Universidade Federal do Paraná, então responsável pela primeira edição. O episódio gerou polêmica e acabou cedendo espaço na imprensa para Austregésilo e sua obra.

Entre o pedido formal de retirada do livro e a análise judicial deste, passam-se sete meses, durante os quais o autor não pôde comercializar seu livro. Por fim, a Editora da Universidade Federal do Paraná decide que o que está escrito na obra é

¹ A exemplo, temos alguns artigos que Carrano publica no Jornal do Estado do Paraná em 1987, 1988, e 1989, com o título de “Canto dos Malditos”, “Nossa psiquiatria é criminosa”, e na sequencia “SOS...SOS... no setor psiquiátrico”.

de inteira responsabilidade do autor e quem quer que se sinta ofendido por tal obra deveria processar o responsável pela mesma: o seu autor. Esse episódio acaba dando mais notoriedade ainda a Carrano e ao livro *Canto dos Malditos*, que, a partir de então, passa a ser comercializado por ele mesmo, promovendo-o em palestras pelas escolas e mostrando-o em feiras livres.

No contexto desta luta judiciária com a família de Alô Guimarães (1903-1985), Carrano teria ingressado no Movimento de Luta Antimanicomial (MLA). No posfácio da edição de 2001 do seu livro ele relata que teria chegado em São Paulo em 1991, “com uma mão atrás e a outra segurando alguns exemplares de seu livro” e sem os fotolitos, que “estavam de posse da Editora da UFPR”, mas consciente de que lhe “restava uma única estratégia para enfrentá-los [os psiquiatras a processá-lo] sozinho, pois ainda não tinha conhecimento do Movimento de Luta Antimanicomial: botar a boca no mundo” (BUENO, 2001, p. 168).

Em 1998, articulado com o MLA, Carrano entra com a primeira ação² indenizatória por erro médico-psiquiátrico da história forense brasileira. Primeiro inicia ação contra a Federação Espírita do Paraná, proprietária do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro. Depois, processa também o Hospital de Neuropsiquiatria do Paraná San Julian, e dois médicos psiquiatras que participaram ativamente dos tratamentos aos quais ele fora submetido. Um já falecido, Alô Ticoulat Guimarães, e o diretor clínico do Hospital Bom Retiro, Alexandre Sech (BUENNO, 2001, p. 169-170). Carrano pede à justiça indenização por erro médico, preconceitos sociais, danos físicos, morais, emocionais, danos à sua formação profissional e pelas sequelas que carrega consigo, como dores de cabeça frequentes, uma fissura no crânio, perda frequente de dentes, todas consequências dos eletrochoques. Através dos processos e da publicização de sua história de vida, se interlaça com a história

² “1º Processo nº 514/98, na 10ª Vara Cível de Curitiba, no Paraná. [...] Em maio de 1999 o Juiz Guilherme Luiz Gomes, depois de minha advogada pedir a condenação de uma das partes que não fez a defesa no prazo cedido por ele na Ação, o que resultaria na minha vitória, já que as partes respondiam na mesma Ação, após uma semana de nosso pedido, o Sr. Juiz prescreveu a causa. [...] Recorremos a 2ª instância no Tribunal de Justiça do Paraná, e qual foi à surpresa: O Tribunal de (IN)Justiça do Paraná além de concordar com a prescrição inconstitucional, pois era menor e fui torturado, essas ações não prescrevem segundo a Constituição Federal, condenaram-me a pagar R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)”. Por Austregésilo Carrano Bueno 26/04/2003 às 17:44. In: <<http://www.midiaindependente.org/pt/red/2003/04/253436.shtml>>.

da psiquiatria no Brasil, graças ao caráter inédito que seu processo introduz na história do judiciário brasileiro.

No entanto, outra face da judicialização de sua luta estava por ser escrita. Ainda em 1998 Carrano passa de vítima a réu. De ex-paciente psiquiátrico que gritava ao mundo os males pelos quais passou acabou condenado pela Justiça do Paraná a pagar aos médicos psiquiatras e a seus familiares sessenta mil reais. Consequência pela divulgação dos nomes reais de médicos e enfermeiros que participaram do seu internamento nos hospitais psiquiátricos pelos quais passou. Após esta sentença o processo foi ao Supremo Tribunal Federal, onde a sentença inicial é mantida (informação obtida na tramitação do processo no *site* do STF³). De todos os processos movidos⁴, o único que teve ganho de causa foi o que pedia a permissão para a comercialização de seu livro e de sua história, ainda com os nomes originais. Graças à sua articulação com MLA, Carrano recupera os fotolitos de seu livro que estavam sob o domínio da editora da UFPR. A obra acaba relançada pela Editora Lemos de São Paulo em 1993, chegando à surpreendente marca de sete reedições, mesmo sob o interdito imposto pela censura judicial.

É neste período, após o lançamento da edição do livro pela Editora Lemos, mais precisamente em 1996, que Laís Bodanzky vai tomar contato com a obra, ao fazer parte de um grupo de estudos sobre a Saúde Mental no Brasil. Bodanzky relata que teve a impressão de que muita gente, assim como ela, desconhecia o que se passava atrás dos muros dessas instituições (BOLOGNESI, 2002). Segundo ela, “era como se pudesse ouvir um grande grito que ele dava para o mundo – um alerta para mudar a triste realidade manicomial brasileira. Tive certeza que este grito tinha

³ Link para acessar o processo: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2274670>>.

⁴ 2º PROCESSO, cassação do livro Canto dos Malditos. “Agravo de Instrumento nº 119960-2, de Curitiba. 8º Vara Civil. No dia 30 de Abril de 2002 foi aceito pelo Desembargador J. Vidal Coelho do Tribunal de Justiça do Paraná o pedido de Cassação e recolhimento do livro Canto dos Malditos. No dia 7 de agosto de 2002 foi julgado o embargo movido pelo advogado da Editora Rocco pedindo a revisão de Cassação do Livro, não foi aceita pelo Desembargador J. Vidal Coelho que manteve a Cassação”.

3º PROCESSO, diárias de cinco mil reais. “Estarei sendo condenado agora no mês de setembro ou no próximo mês, no processo de Nº 839/2001 na 5º Vara Cível de Curitiba, que está sendo movido contra mim pela Federação Espírita do Paraná, dona do Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, e também pelo próprio Hospital. Exigem que se eu mencionar o nome da Federação, Hospital e dos médicos na imprensa escrita ou falada, uma indenização diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)”.

que ser amplificado e ventilado” (BOLOGNESI, 2002, p.7).

Bicho de Sete Cabeças tem roteiro escrito por Luis Bolognesi. Ele e Laís Bondansky acreditaram que a narrativa de Carrano tinha uma enorme atualidade em relação às práticas dos hospitais psiquiátricos dos anos de 1990. A narrativa do filme se concentra na primeira passagem de Carrano pelo hospício, ou seja, incide exatamente sobre o tema da luta judiciária na qual estão engalfinhados Carrano, por um lado, e a família de Alô Guimarães, por outro. Sintomático da interferência de uma luta localizada com a luta antimanicomial de alcance nacional é que, em 2002, logo após a estreia do filme *Bicho de Sete Cabeças*, um novo pedido feito pela família do médico psiquiatra Alô Ticoulat Guimarães ao Tribunal de Justiça do Paraná caça a circulação dos livros novamente e os exemplares são retirados das livrarias em todo o território nacional. Apenas em fevereiro de 2004 o judiciário concede a liberação para a comercialização da obra, mas a editora resolve, junto ao autor e por precaução, não mais divulgar os nomes originais dos médicos psiquiatras e das instituições envolvidas. Todos foram substituídos por nomes fictícios: Alô Ticoulat Guimarães virou Alaor Guimont, o Sanatório Bom Retiro virou Sanatório Bom Recanto.

O livro de Carrano foi uma contribuição para o Movimento de Luta Antimanicomial, um modo de clamar para a Reforma Psiquiátrica. De uma forma ou de outra, o filme acabou dando mais notoriedade ao MLA, e a Reforma Psiquiátrica brasileira, após 12 anos da tramitação no Congresso Nacional da Lei Paulo Delgado (Lei n. 10.216), é finalmente sancionada pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, em 6 de abril de 2001. A Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Posteriormente a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Carrano foi recebido pelo Presidente Luiz Inácio da Silva Lula em sessão solene, no dia 28 de maio de 2003, como reconhecimento por parte do Estado brasileiro pela sua luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Faleceu aos 51 anos, no dia 27 de maio de 2008, em São Paulo, com um câncer hepático, devendo uma

multa de sessenta mil reais à família de Alô T. Guimarães e sem ter tido julgamento favorável a seu pedido de indenização pelos prejuízos sofridos pelo primeiro internamento manicomial, porque a Justiça considerou que o processo havia prescrito passados mais de vinte anos de sua instalação. Em 18 de maio de 2010, o Senador Eduardo Suplicy homenageou⁵, na tribuna do Senado, a luta antimanicomial de Carrano.

Ordenamos nosso trabalho em três capítulos. O primeiro, intitulado *Das detenções ao internamento*, analisa os fatores que levaram à internação do menor de 17 anos. Sua relação com a sociedade, com a família, e de que forma essas relações o levaram de caso de polícia a caso médico, resultando em sua internação num hospital psiquiátrico. Para compreender estes acontecimentos na vida de Carrano, usamos seu livro autobiográfico em três versões, alguns artigos que o autor publicou na época, logo após sua última internação, além de algumas leis antidrogas que vigoravam na época.

O segundo capítulo, *Tratamento psiquiátrico*, se concentra em entender o uso das drogas, a sua dependência e a relação dos usuários com as instituições asilares. Também tentamos discutir um panorama dos diversos tratamentos que circulavam nos hospitais psiquiátricos pelo mundo e principalmente no Brasil, e como estes tratamentos eram recebidos e aplicados em hospitais psiquiátricos por todo o país. Findando o capítulo com uma perspectiva de quem era e da imagem do médico psiquiatra Alô Ticoulat Guimarães nas narrativas de Austregésilo e do próprio médico. Aqui o trabalho com as fontes se atém à autobiografia de Carrano, sendo colocada em oposição à biografia do médico que foi responsável pelo seu primeiro internamento. Além de um trato historiográfico sobre alguns tratamentos que vigoravam na época.

O terceiro capítulo, intitulado *No contexto da reforma psiquiátrica*, traz um breve histórico do saber psiquiátrico no contexto internacional da Reforma Psiquiátrica e uma breve perspectiva da história da psiquiatria brasileira. Traçando também a produção do filme *Bicho de Sete Cabeças* (2000) e as sensibilidades que a exibição da película causou em Carrano e ainda na própria trajetória de aprovação

⁵ Discurso que pode ser acessado no Diário do Senado Federal, dia 19 de maio de 2010.

da Reforma Psiquiátrica brasileira. Aqui as fontes se concentram numa crescente de leis que passaram a vigorar sobre questões relacionadas à saúde, mais especificamente sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira. Além do trabalho com o filme *Bicho de Sete Cabeças*, e seu roteiro, tentando entender a relação destas fontes com o processo de Reforma Psiquiátrica. Aqui também procuramos traçar uma breve historiografia a respeito da psiquiatria, e alguns de seus aspectos mais importantes.

CAPÍTULO 1

A missão do biógrafo seduziu minha imaginação: a ideia de compreender um ser humano tão completamente como uma pessoa poderia compreender outra, de afundar-me numa vida que não a minha, de ver o mundo por meio de olhos novos, de seguir alguém pela infância e por seus sonhos, trilhando a variedade de seus gostos.

Alain de Botton, 2000, p. 14

Das detenções aos internamentos

1. 1 Carrano: de caso de polícia a caso psiquiátrico

Neste capítulo iremos conhecer alguns caminhos percorridos por Carrano, e sua relação com as drogas. Entre esses caminhos percorridos por Carrano traremos a história da inserção das drogas em nosso território, assim como a legislação foi se alterando para suportar as alterações que a sociedade exigia. Aqui também iremos trabalhar brevemente a relação do Regime Militar com usuários, como Carrano por exemplo, e como estes eram tratados dentro deste 'Regime'. Assim este estudo foi nos levando a procurar entender a legislação sobre a prisão de usuários, até a legislação vigente que os governava. Findando o capítulo voltamos a nosso personagem Austregésilo Carrano Bueno e seu internamento em hospital psiquiátrico, e como sua família age frente a esta internação.

Em *Canto dos Malditos* Carrano faz um panorama de como era a sua rotina, descrevendo brevemente o que ele e seus amigos costumavam fazer na juventude. Esta troca de experiências e desenvoltura não faziam parte da vida do jovem Carrano até os treze anos de idade, pois este não tinha liberdade para curtir sua juventude. Após os treze anos de idade Carrano já não era mais tão vigiado por sua

família e começava assim a experimentar o gosto da liberdade. Nas palavras do próprio: “Cresci um adolescente revoltado, como a maioria dos adolescentes de classe pobre. Vendo tudo, querendo tudo e não tendo nada. Meus velhos assumiram uma atitude de passividade” (BUENO, 2001, p. 20).

Aos dezessete anos, em plena adolescência, sofre seu primeiro internamento em um hospital psiquiátrico e a liberdade agora passa a ter novas conotações. A liberdade passa a ter várias facetas: liberdade do corpo, liberdade da alma, liberdade da mente.

Essas diversas conotações de liberdade ficam ainda mais evidentes, quando Carrano avista, em seu primeiro internamento, um canto⁶, o 'canto dos malditos', os chamados irrecuperáveis, indivíduos que Carrano observava com muito cuidado nos seus dias de internamento naquele lugar, indivíduos que pareciam guardar a degradação humana, os degenerados, loucos, a própria estranheza humana, todos ali guardados com suas individualidades e formando um canto demoníaco, um 'canto dos malditos'. Ele via estes indivíduos como pessoas que escolheram se isolar num mundo à parte, se proteger para proteger suas mentes. Carrano diz que todas as drogas e choques que são aplicados como tratamentos nestes indivíduos podem atingir seus corpos, mas suas mentes não, estas estavam em um mundo paralelo, protegidas de toda e qualquer tortura.

A liberdade para aqueles indivíduos poderia ser um desejo íntimo, mas, como relatado por Carrano, seus corpos não tinham mais liberdade, haviam sido expropriados pelo hospital psiquiátrico e por todo o internamento que estes haviam sofrido. Dessa forma, a singularidade no comportamento dos crônicos era perceptível, Carrano acreditava, sim, que eles tinham consciência do mundo em que estavam inseridos, do ambiente no qual foram “enjaulados”. Mas era como se estivessem fechados a tudo e a todos, e, como uma última proteção, da alma e da mente, a loucura era exatamente esta última tentativa de libertar e proteger suas almas e suas mentes da expropriação dos tratamentos e da prisão que eram aqueles hospitais.

⁶ Neste caso, 'canto' no sentido de lugar, espaço. Carrano descreve um espaço específico do hospício como demoníaco, um 'canto dos malditos', dando assim nome a seu livro.

Carrano, depois de sua primeira internação, parecia não mais se sentir livre, mesmo quando estava em liberdade. A compreensão da liberdade pelo louco passa pelo crivo da sociedade, mente livre, corpo livre, mas alma aprisionada. A biografia de Carrano deixa transparecer um sujeito que agora estava sentindo-se isolado no internamento, com um conflito entre sua alma e sua mente, querendo ser livre, mas seu corpo estava ali aprisionado, um duelo entre liberdade do corpo e da alma. Este duelo do corpo e da alma fizeram com que Carrano passasse de caso de polícia para caso de hospício (cf. BUENO, 2000).

Carrano era caso de polícia, por fumar maconha em plena Ditadura Militar, período de repressão e de controle social. A *cannabis*, comumente chamada de maconha, era na época uma substância proibida para o consumo, em nosso território. No entanto os caminhos que o uso desta erva, e todos os pressupostos que o consumo dela fizeram adentrar na vida de Carrano, levaram-no a passar de um extremo ao outro, da delegacia ao hospício.

1.1.1 A interdição do uso da maconha, na história do Brasil

A maconha (*cannabis sativa*), fora a causa inicial do internamento do nosso autor, para seus pais estava lhe causando dependência, uma violência que o jovem Carrano estivera fazendo com seu próprio corpo. Mas, para compreendermos como a maconha chegará a ser considerada por alguns como sinônimo de liberdade, e para outros, aprisionamento, devemos entender sua inserção em nosso território.

Assim, quando a historiografia brasileira se dedica à análise das origens da *cannabis sativa* no Brasil, comumente se remete aos africanos, trazidos para cá como escravos. Segundo Sergio Vidal, “Os senhores de engenho, proprietários dos escravos e de toda estrutura produtiva das fazendas de cana-de-açúcar, principal agronegócio⁷ da economia brasileira do século XVI até meados do século XVIII,

⁷ O termo “agronegócio” é cunhado pela primeira vez em 1957 pelos professores da Universidade Harvard John Davis e Ray Goldberg, com o termo *agribusiness*, traduzido em português como agronegócio. O objetivo deles era mostrar que o setor agropecuário não era mais um elo isolado e

toleravam a utilização do fumo de cannabis e tabaco” (2008, p. 1). Isso nos aponta uma relação intrínseca entre a *cannabis sativa*, os senhores de engenho, e os escravos africanos aqui no Brasil. Mas não explica a proporção de uso que a erva possuía.

Ainda segundo Vidal (2008), nessa época, a demanda por produtos à base das fibras da maconha era alta em toda a Europa e muitos produtores não conseguiam atender essas demandas. Isso nos sugere que, além dos africanos que aqui aportaram, os colonizadores também foram responsáveis pelo uso e consumo da planta em nosso território, principalmente pelo uso comercial das fibras que dela se obtinham.

Os primeiros documentos de que se tem conhecimento proibindo o uso da maconha no Brasil foram posturas das Câmaras Municipais do Rio de Janeiro (1830), Santos (1870) e Campinas (1876), penalizando a venda e o uso do “pito do pango”, sem, no entanto, obter quaisquer repercussões significativas. As posturas tinham um ordenamento curiosamente inverso ao atual, prevendo punições mais severas para as condutas de uso do que para as condutas de tráfico, sugerindo que, desde essa época, a intenção de usar as leis antidrogas como forma de controlar as populações que faziam uso já existia. Apesar dos anseios legislativos de controlar tais condutas, nascidos já no século XIX, foi somente no início do século XX, com a intensificação do processo de urbanização, que o hábito ganhou maior visibilidade entre os habitantes das zonas urbanas passando a ser considerado um problema e a figurar entre as preocupações do Estado. (VIDAL, 2008, p. 2).

Nos anos de 1930, a repressão ao uso da maconha no Brasil ganha força, e com o Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932, que “fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comité Central Permanente do Ópio da Liga das Nações” (BRASIL, 1932) e ainda estabelece reclusão de 1 a 5 anos.

Assim, em 1934 o chefe do governo provisório decreta que os artigos 1º, 3º, 5º, 14, 22, 25, 26 e 58, do Decreto n. 20.930, de 11 de janeiro de 1932, passam a ter a nova redação. Entre as mudanças no artigo primeiro, estão as definições dos tipos de drogas que serão consideradas entorpecentes. Já no artigo 3º estão os

autônomo da economia, chamado de "setor primário". Nos Estados Unidos, naquele momento o setor agropecuário já se encontrava fortemente conectado a indústrias situadas a montante (máquinas, fertilizantes, agroquímicos, sementes, etc.) e a jusante (processamento e distribuição) dele (JANK, p. 2, 2013).

pormenores das permissões da venda destes produtos em farmácias, acompanhada de receituário, e outros detalhes. Ainda no:

Art. 26. Quem for encontrado tendo *comsigo*, em sua casa, ou sob sua guarda, qualquer substancia *compreendida* no art. 1º, em dose superior á *therapeutica* determinada pelo *Departamento Nacional de Saude Publica*, e sem expressa *prescrição* medica ou de cirurgião-dentista ou quem possua em seu estabelecimento, *fóra* das *prescrições legaes*, qualquer das referidas substancias entorpecentes, penas: três a nove *mezes* de prisão *cellular*, e multa de 1:000\$ a 5:000\$000. (BRASIL, 1934).

Seguindo esta evolução da lei a respeito dos entorpecentes em nosso país, em 1938, sai um novo Decreto-Lei nº 891, que estabelece outros tipos de substâncias como ilegais, e acrescenta[,] nas já constantes na lei, que seus “sais e preparações” também são proibidos em nosso país. Ainda no art. 2º desta mesma lei “são proibidos no território nacional o plantio, a cultura, a colheita e a exploração” de plantas de que se possa subtrair substâncias entorpecentes mencionadas na mesma lei. A venda de tais substâncias em estabelecimentos farmacêuticos, antes permitida, agora é controlada, e tal permissão só é concedida em casos específicos pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e pelo Departamento Nacional de Saúde.

Já, em 1973, é sancionada a Lei 5.991, que “dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos” (BRASIL, 1973). No ano seguinte, 1974, sai o Decreto nº 74. 170, que regulamenta a Lei nº 5.991.

Em 1976 – momento em que Carrano então vive a internação devido ao uso da maconha – é aprovada a Lei Antidrogas de maior duração em nosso país, pouco mais de vinte anos, revogada apenas em 2006. Em 1976 a repressão ao uso e ao cultivo da droga passa a ser mais rígida, com a aprovação da Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976, a qual “prevê reclusão de 3 a 15 anos e pagamento de 50 a 360 dias-multa” (BRASIL, 1976), para quem, conforme o:

Art. 12 Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir,

vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (BRASIL, 1976).

Em 2001 a Lei 10.357 normatiza o controle e a “fiscalização sobre produtos químicos que direta ou indiretamente possam ser destinados à elaboração ilícita de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 2001). Ainda, segundo o art. 1º da mesma lei:

Estão sujeitos a controle e fiscalização, na forma prevista nesta Lei, em sua fabricação, produção, armazenamento, transformação, embalagem, compra, venda, comercialização, aquisição, posse, doação, empréstimo, permuta, remessa, transporte, distribuição, importação, exportação, reexportação, cessão, reaproveitamento, reciclagem, transferência e utilização, todos os produtos químicos que possam ser utilizados como insumo na elaboração de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica (BRASIL, 2001).

Em outubro de 2006, entra em vigor a Lei 11.343, que estabelece penas alternativas para quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo; estes serão submetidos a: “advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (BRASIL, 2006).

Como podemos perceber, as leis que concernem ao uso e ao transporte da maconha assumiram contornos diversos conforme a sociedade modificava sua maneira de compreender o consumo desta substância, desde o uso de suas fibras para fins comerciais, até o consumo para fins alucinógenos e terapêuticos. A sociedade foi conhecendo e percebendo outros usos para a erva, no entanto, nos dias atuais a lei parece não ser mais capaz de controlar o consumo e o comércio desta substância, que hoje é usada na maior parte do mundo como uma erva para alterar os sentidos.

Prova disso é que em abril de 2014 temos a Lei 12.961, que regulamenta a destruição das drogas apreendidas. Sendo art. 2º o art. 32º da Lei nº 11.343 de agosto de 2006, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelo delegado

de polícia na forma do art. 50-A, que recolherá quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova (BRASIL, 2014).

Assim, a maconha e até outras substâncias foram sendo incorporadas no nosso cotidiano como substâncias capazes de alterar nossos sentidos, inclinação bastante antiga da humanidade (2008, p. 33). Entre estas substâncias incluem-se a cafeína, o álcool e todo tipo de substância psicotrópica.

Perguntados por que, afinal, cheiravam aquilo, os jovens não responderam que queriam sentir-se melhor, mas sim que queriam sentir-se diferentes. A mudança de estado mental parecia ser desejada por si mesma, fosse para melhor ou para pior (DANIELS, 2008, p. 33).

O uso dessas substâncias seria uma forma de se rebelar com o mundo e com a cultura dominante, em que o jovem se vê inserido, mas não se sente incluído. Theodore Roszak em a *Contracultura* relata a tentativa de um experimento por parte de alguns cientistas a respeito do efeito que as drogas e alucinógenos causam na mente. A experiência não chegou aos resultados esperados: “Os alucinógenos deveriam funcionar como uma lupa que permitisse o estudo das camadas nebulosas da consciência” (ROSZAK, 1972, p. 164).

Tanto Huxley como Watts estabeleceram uma analogia entre a experiência com drogas e dispositivos de exploração como o microscópio [...]. Entretanto, nas mãos de uma criança ou do faxineiro do laboratório, um microscópio torna-se um brinquedo que não produz mais que uma espécie de fascínio rude e superficial. Talvez a experiência com drogas frutifique quando plantada no solo de uma mente madura e cultivada. Entretanto, de repente, a experiência passou para as mãos de uma geração de jovens pateticamente acultural e que frequentemente traz para a experiência nada além de um anseio vazio. (ROSZAK, 1972, p. 164).

Rozzak nos aponta uma atitude que devemos tomar, quanto a pensar que há mentes pequenas demais para assumir tais experiências psíquicas. Para Roszak não há nada em comum no “fato de um homem com a experiência e a disciplina intelectual de Huxley experimentar mescalina e um menino de quinze anos aspirar um solvente sintético como cola de avião até seu cérebro se esfacelar” (1972, p. 165). Para Roszak, no primeiro caso temos uma mente privilegiada buscando experiência cultural, no segundo “uma criança tonta buscando prazer na visão de

balões coloridos. Mas depois que todos os balões subiram e espoucaram, que resta senão a vontade de ver mais balões coloridos?” (1972, p. 165).

Assim, essa atitude seria uma maneira de explorar a política da consciência, através da experiência psicodélica, ou seja, extrair a partir de alucinógenos a ideologia cultural dominante e viajar num mundo particularmente jovem. Mas esta experiência não teria dado certo e a droga não teria permitido “enxergar” as camadas nebulosas da mente. A experiência teria apenas permitido perceber que tal substância usada pela juventude mostrava uma mente vazia e amorfa.

Assim, aterrissamos num campo ambíguo, “continua aberta a questão de maconha, LSD ou anfetaminas provocarem dependência – sobretudo devido à ambigüidade do termo “dependência” [...] Onde termina a atração do fascínio compulsivo e onde começa a dependência?” (ROSZAK, 1972, p. 165).

A juventude mantém uma relação paradoxal com a sociedade e com os adultos numa tensão desigual contra adultos ainda mais alucinados e dominados do que os próprios jovens que se submetem ao uso de drogas: “Os estudantes talvez abalem suas sociedades; mas sem o apoio das forças sociais adultas são incapazes de demolir a ordem estabelecida. E parece que este apoio não se encontra à vista” (ROSZAK, 1972, p. 17). Dessa maneira, temos uma sociedade em conflito eminente. De um lado jovens “alucinados” contra uma cultura dominante, e, do outro, adultos estáticos assistindo a luta desigual dos jovens em detrimento de uma cultura concorrente.

A dicotomia entre jovens e adultos é uma realidade que sempre esteve presente na história, a vida do jovem é uma passagem para o mundo adulto. O mundo em que nosso personagem vivia junto à sua família era dicotômico como o de muitos jovens de sua idade, que não conseguem estabelecer contato com seus pais, pois os valores, as ideias, os objetivos são particularmente opostos.

Ainda em relação a esta dicotomia entre jovens e adultos, no caso de Carrano, outras particularidades acabaram por influenciar e acentuar ainda mais esta tensão. No período em que Carrano vivia o auge de sua juventude, o Brasil passava por um período turbulento em sua história, os chamados Anos de Chumbo da Ditadura Militar (1968-1974). Fato este que influenciaria a maneira como as pessoas se

relacionavam e se comportavam. Havia muitas regras e normas que todos deveriam cumprir para que não sofressem as sanções estabelecidas pelo Governo Militar. Normatizar comportamentos com base num cidadão padrão era uma das imposições dos militares, e o uso de substâncias que alterassem a mente não figurava nesse padrão.

1.1.2 Juventude, drogas e Regime Militar

Carrano tinha 17 anos no auge da Ditadura Militar, querendo viver e curtir as excentricidades de sua juventude, ainda que em sua narrativa não faça grandes referências ao período político que vivíamos nesse tempo. Almejava a todo custo usufruir o máximo possível da sua liberdade, mas viver esta liberdade em plena Ditadura Militar poderia ser perigoso, e o jovem ao menor descuido poderia acabar preso em uma cela de delegacia.

Numa das viagens de Carrano ao Rio de Janeiro, o Brasil vivia a repressão de um Governo Militar que tentava impor à sociedade uma disciplina que não era absorvida por Carrano e nem por seus amigos, que assim que chegam na Cidade Maravilhosa, logo se enturmam e começam a conversar, deixando explícitas suas indignações de como a sociedade tratava jovens como eles:

Cara! Você está falando uma coisa que tem muito a ver. Quando um de nós cai nessas delegacias, a barra fica pesada. Fazem o que querem com a gente lá dentro. Graças a Deus eu não passei por essa... ainda não. E se prenderem a gente com fumo então! Você apanha até pelo cabelo. Torturam até com choque nos colhões. Dizem que você dedura até a mãe (BUENO, 2001, p. 36).

A rebeldia de alguns jovens, principalmente nas grandes cidades, jovens que faziam parte de movimentos políticos contra o Regime, era vista como uma ofensa à disciplina pregada neste período de Regime Militar. Carrano e seus amigos viajando pelo Brasil, sem dinheiro, sem destino certo, sem regras, sem normas, era uma imagem indisciplinada que estes passavam e que o Governo Militar não aceitava, no

entanto Carrano não teve muitos atritos com o regime político em que vivíamos. Sua maior rebeldia era contra o controle de sua própria família, suas viagens sem dinheiro e sem o consentimento de seus pais eram uma forma de desafio das ordens disciplinares de sua família.

Apesar de parecer viver alheio ao regime político, não podemos deixar de ressaltar o poder que as autoridades militares tinham neste momento. A rebeldia e a vadiagem poderiam levar jovens como Carrano e até adultos à cadeia nesse período: “Os anos 70 foram também marcados pela tortura da polícia brasileira. Barbarizavam, pois o famigerado AI-5 lhes garantia essas atividades. Torturavam, desapareciam com pessoas, tudo em nome da Lei” (BUENO, 2001, p. 48).

Entre 1969 e os primeiros anos da década de 1970, o país viveu um período que ficou conhecido como “os anos de chumbo”. A ditadura havia silenciado o movimento sindical, os partidos e movimentos de oposição, estudantes, intelectuais e artistas. Com o campo de ação reduzido e vigiado, uma parte da esquerda buscou referência nos movimentos de guerrilha dos anos 1950 e 1960 (como as lutas anticoloniais, a guerrilha vietnamita e a Revolução Cubana) e optou pela luta armada para enfrentar o regime (ARAUJO; SILVA; SANTOS, 2013, p. 20).

Os Anos de Chumbo foram um dos períodos mais violentos da história do Brasil. Entre abril de 1964 e outubro de 1969 foi promulgado um total de 17 Atos Institucionais⁸, que garantiram sob qualquer circunstância o poder aos militares e acima de tudo suspendiam os direitos civis. Em março de 1974, o General Ernesto Geisel assume o poder, e dá início a uma ainda indefinida redemocratização que, segundo o General, seria lenta, gradual e segura.

No início do ano de 1975, Geisel suspenderia a censura prévia à imprensa escrita, mas continuava a vigilância sobre o rádio e a televisão. E com a concretização de seu projeto em abril de 1979, extingue o AI-5. Apesar de o governo Geisel ensaiar uma democracia, também vivenciou o fim do chamado Milagre Econômico⁹ do governo anterior, o Brasil vivia um período fortíssimo de recessão, com o aumento da dívida externa e da inflação, que chegava aos 40% anuais. Mesmo com todas as crises econômicas, Geisel conseguiria cumprir a promessa de

⁸ Os Atos Institucionais foram decretos emitidos durante os anos após o golpe militar de 1964 no Brasil. Serviram como formas de legitimação e legalização das ações políticas dos militares, estabelecendo para eles próprios diversos poderes extraconstitucionais.

concretizar sua “abertura lenta, gradual e segura”.

O ano de 1974 marcou o início da transição “lenta, gradual e segura” do então presidente. “O objetivo do projeto de abertura era empreender uma transição por cima para uma ditadura reformada” (ARAUJO; SILVA; SANTOS, 2013, p.21). João Baptista Figueiredo (1979 - 1985) teria sido levado ao cargo por seu antecessor Geisel, com o objetivo de continuar a abertura iniciada por Geisel. Mas, como a história nos mostrou, essa não teria sido uma tarefa assim tão fácil, “durante o governo de Médici, a economia ia bem e o povo mal, mas durante os seis longos anos do governo de Figueiredo tanto a economia quanto o povo foram tremendamente mal” (BUENO, 2012, p. 416).

Em meio a este processo de redemocratização, normas, regras e leis sendo estabelecidos, os hospitais psiquiátricos, continuavam recebendo doentes de todos os tipos, ainda com o objetivo de curar estes indivíduos e torná-los sociáveis. No entanto, na prática não era bem isso o que ocorria. Tínhamos um conjunto de doentes, presos políticos, e usuários de todo tipo de entorpecentes, todos num mesmo ambiente.

O hospital psiquiátrico era uma imagem da repressão que o país vivenciava. “O Brasil do general Médici se revelaria um país ainda mais repressivo do que fora na época do Estado Novo. Nunca houve tanta censura à imprensa, nunca houve tanto cerceamento às liberdades individuais e de pensamento” (BUENO, 2012, p. 407). Carrano sentiu na pele esse cerceamento da liberdade, pois teria sido preso inúmeras vezes e internado por usar maconha em pleno governo militar.

No Brasil, cerca de 50.000 pessoas foram presas durante o período da ditadura militar; 7.367 indiciadas e 10.034 atingidas na fase de inquérito, em 707 processos na Justiça Militar por crimes contra a segurança nacional; 4.862 foram cassadas; 130 banidas; milhares de exilados e, pelo menos,

⁹ “De 1969 a 1973, de fato ocorreu um extraordinário crescimento econômico no país, aliado a baixos índices de inflação (18% ao ano). O PIB cresceu na espantosa média anual de 11% (chegando a 13% em 1973). Houve uma febre de grandes investimentos, grandes obras (muitas delas faraônicas), e muito dinheiro vindo do exterior, com juros baixos. O ministro Delfim Neto foi o articulador-mor do ‘milagre’. Com a crise do petróleo, iniciada em 1974, e a consequente retração do capitalismo internacional, o ‘milagre’ mostrou sua face mais real: o que ocorreu no Brasil durante o governo Médici foi um brutal processo de concentração de renda e o crescimento desmedido da dívida externa e do fosso social que separava ricos de pobres. O país ia bem, e o povo, de mal a pior” (BUENO, 2012, p. 408).

426 mortos e desaparecidos políticos (incluindo 30 no exterior), segundo os dados levantados pela historiadora Janaína Teles. As famílias destes mortos e desaparecidos políticos foram algumas das primeiras vozes que se levantaram, ainda na década de 1970, contra os arbítrios e abusos cometidos pela ditadura em relação aos opositores políticos do regime e, ao longo das últimas décadas, se tornaram protagonistas na luta pelo direito à verdade e à justiça e na defesa dos direitos humanos no país (ARAUJO; SILVA; SANTOS, 2013, p.27).

Os chamados Anos de Chumbo da Ditadura Militar ficaram marcados pela rigidez quando se tratava de disciplina e comportamento. Muitos comportamentos comuns da juventude eram considerados desviantes nessa época, jovens vagando pelas ruas e fumando drogas ilícitas eram atitudes não toleradas pelas autoridades militares, e sendo pegos estes jovens poderiam ser presos e enquadrados no Artigo 28 do Código de Menores, que previa reclusão e outras punições para o crime de vagabundagem.

Em relação a estas formas de disciplina, em Foucault tem-se que “o exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder” (FOUCAULT, 2004, 143). Nesse sentido, além das prisões, que serviam como mecanismos de punição e disciplina, tínhamos ainda os hospitais psiquiátricos, que recebiam também presos políticos, para que, longe dos olhos da sociedade, fossem submetidos aos mesmos procedimentos que os pacientes dos hospitais psiquiátricos: “Nos anos 80, muitos presos políticos foram enviados para hospícios, que em nada se distinguiam dos campos de concentração” (AMARANTE, 2006, p. 32). Esses mecanismos de exercício da disciplina lembrados por Foucault eram efetivados tanto por prisões quanto pelos hospícios.

O exercício desta disciplina é denunciado por Amarante (2006) numa relação intrínseca entre doentes mentais e presos políticos. A disciplina aplicada aos doentes mentais para discipliná-los era também, segundo Amarante, aplicada a presos políticos, que nada tinham de doentes, mas, por não terem cumprido as normas e regras sociais, eram levados a hospitais psiquiátricos, para, como os doentes, se adequarem às normas, ou serem excluídos do convívio social por não se moldarem às regras vigentes.

Carrano se tornaria um jovem rebelde que não se adequava, não se moldava a norma alguma. No entanto sua rebeldia era exaltada, exatamente por viver num período de repressão social, e isso fazia o jovem Carrano, que apenas estava vivendo a energia da sua adolescência, ser visto pela sociedade como um adolescente realmente rebelde, e que sempre fugira dos moldes sociais disciplinadores deixados pelo Regime.

A disciplina que era aplicada a presos políticos, doentes e loucos não era exclusividade do Governo Militar, nem mesmo dos governos democráticos que vieram depois. O uso desta foi se emaranhando numa crescente desde a colonização. A própria sociedade apontava para leis e decretos que ajuizavam ao exercício de tais disciplinas.

1.1.3 Prisão para vadios: Delegacia de Narcóticos

Entre as leis que ajuizavam esta rígida disciplina de 1974, época em que Carrano fora preso e também internado, podemos citar o Art. 28 do Código de Menores de 1927¹⁰ (BRASIL, 1927), que previa penas de detenção e/ou apreensão de menores que fossem enquadrados por vagabundagem, ações previstas neste artigo. Assim, vagar sem destino, sem rumo, e sem identificação pelas ruas da cidade, atitude que era bastante apreciada por Carrano e seus amigos, para a polícia, era caso de detenção.

¹⁰ Quando o Código de Menores de 1927 é instituído, o Brasil estava passando por um período de urbanização europeia, principalmente o Estado do Rio de Janeiro, sob esta perspectiva tinha-se a França como modelo. Os menores pobres e excluídos socialmente precisavam ser recolhidos e atendidos formalmente, pois suas existências retratavam a pobreza da cidade, e apresentavam uma estética visual nada agradável para a elite. Sob este ponto de vista o problema precisava ser solucionado o mais rápido possível. Assim “o início da legislação sobre a infância nas primeiras décadas do nosso século, a criança passa de objeto da caridade para objeto de políticas públicas. (...) Assim, com a progressiva entrada do Estado neste campo – o que se deu a partir da década de 20 deste século –, tem início a formalização de modelos de atendimento, sem que isto signifique a diminuição da pobreza ou de seus efeitos. Neste sentido, a pretendida racionalização da assistência, longe de concorrer para a mudança nas condições concretas de vida da criança, constituiu-se muito mais em uma estratégia de criminalização e medicalização da pobreza” (ARANTES, Esther Maria de M., 2004, p. 163).

No entanto, Carrano parecia não se preocupar com as regras e leis, estava a vagar pelas ruas da Cidade Maravilhosa numa de suas viagens à cidade, até que sua tranquilidade foi tomada por um grupo de policiais que o abordou, juntamente com suas amigas. Imediatamente todos foram sendo classificados de vadios. Talvez, por desígnio do destino não encontraram em suas mochilas as identificações de estudantes, que poderiam os livrar daquela situação, assim, junto com outros tantos cabeludos e jovens, todos foram enjaulados por vadiagem (BUENO, 2001). Este fato tem suas bases no Código de Menores de 1927, que vigorava ainda em 1974, e assim define os “menores vadios”:

Art. 28. São vadios os menores que:

- a) vivem em casa dos paes ou tutor ou guarda, porém, se mostram refractários a receber instrucción ou entregar-se a trabalho sério e útil, vagando habitualmente pelas ruas e logradouros públicos;
- b) tendo deixado sem causa legitima o domicilio do pae, mãe ou tutor ou guarda, ou os logares onde se achavam collocados por aquelle a cuja autoridade estavam submettidos ou confiados, ou não tendo domicilio nem alguém por si, são encontrados habitualmente a vagar pelas ruas ou logradouros públicos, sem que tenham meio de vida regular, ou tirando seus recursos de occupação immoral ou prohibida. [Sic]. (BRASIL, 1927).

Como descrito no Art. 28 do Código de Menores, o ato que para o jovem Carrano e seus amigos era apenas diversão e curtição da vida, para a Lei era pena de prisão, ou ao menos apreensão. Carrano estava vagando pelas ruas sem destino traçado, havia também deixado o domicílio de seus pais sem causa legítima. Mas foram apreendido por policiais por vagarem pelas ruas sem destino a pedir esmolas.

Na delegacia todos foram presos, ficariam um ou dois dias detidos, este ato seria um mecanismo de punição e disciplinarização para jovens como Carrano. Mas, ao ser preso, o jovem Carrano seria o mais exaltado de todos – desde que o prendem, não se calará –, então seus amigos saíram logo no segundo dia, mas Carrano não, então ficaria mais tempo para se acalmar, segundo as autoridades (BUENO, 2001). Tal episódio fizera Carrano decidir que, assim que saísse daquela prisão, voltaria a Curitiba.

No entanto, chegando a Curitiba resolve imediatamente fazer outra viagem com a galera, agora a Camboriú, litoral de Santa Catarina, viagem nutrida de

diversão e descontração. Com o fim da nova viagem e de volta a Curitiba, no momento em que desembarcam na rodoviária, Carrano e seus amigos são pegos por guardas por fumar e oferecer drogas dentro do ônibus. Todos são levados à delegacia especializada em narcóticos.

Sobre esta segunda prisão com a qual Carrano e seus amigos se deparam, temos o relato, primeiro, de um jovem, acreditando que seria submetido a todos os tipos de tratamentos e torturas das mais diversas. Mas, assim que chegam à delegacia, são levados todos a uma cela, passam a noite na mesma, e ao amanhecer o delegado tem uma conversa amistosa com todos e diz estar de olho neles e que sabe que eles 'puxam fumo', mas que por hora estariam todos livres. Esta atitude do delegado deixa Carrano e seus amigos espantados, pois tal atitude amistosa não era a imagem que eles faziam das autoridades.

Para entender que delegacia especializada era esta à qual Carrano se referia, voltamos a 21 de fevereiro de 1938, data do ato de criação da Secretaria de Estado da Segurança Pública, por meio do Decreto nº 6.438, em que ficavam subordinados à Secretaria a Polícia Civil, a Penitenciária e Detenção, a Guarda Civil e a Polícia Militar. Em 3 de junho do mesmo ano, o Decreto n.º 6.968 revogou o documento. Já, em 1942, o Decreto de Lei nº 41 estabeleceu a vinculação da Segurança Pública à Justiça, denominada de Secretaria do Interior, Justiça e Segurança Pública. Mais tarde, pela Lei nº 47, de 18 de fevereiro de 1948, passa a Segurança Pública ter uma nova denominação, "Chefatura de Polícia", subordinada diretamente ao governador (PARANÁ, 2014).

Assim, depois de um período de pausa a Segurança Pública passa a ser criada novamente no ano de 1962, pela Lei 4.615, e esta mesma lei cria o cargo de Secretário da Segurança Pública e um novo órgão ligado à Polícia Militar do Estado; o Conselho Superior de Polícia; o Conselho Regional de Trânsito e a Polícia Civil. E em 1974 tinha a denominação de Secretaria de Estado dos Negócios da Segurança Pública, quando a Lei nº 6.636, de 29 de novembro, alterou sua denominação para Secretaria de Estado da Segurança Pública (PARANÁ, 2014).

Esta delegacia à qual Carrano se refere é oficializada pelo Decreto 3.700 de 28 de julho de 1977:

Governador do Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe confere o art. 47, itens II e XVII da Constituição Estadual, o disposto no Ato Institucional nº 8, de 02 de abril de 1969 e a Lei nº 6.636, de 29 de novembro de 1974, decreta o Regulamento e a Estrutura da Secretaria de Segurança Pública [... o qual...] é órgão de primeiro nível hierárquico, de natureza substantiva e constitui a organização base da administração estadual, para planejamento, direção, execução, coordenação, fiscalização e controle das atividades do setor de segurança pública (BRASIL, 1977).

A Secretaria de Segurança Pública institucionaliza uma delegacia especializada pelo decreto da Força Especial de Repressão Antitóxica o (FERA), que data de 10 de junho de 1997, com o Decreto nº 3.211. E o Decreto nº 5.020 de 10 junho de 1997, este institui o Grupo Especial de Trabalho visando à repressão aos crimes de tráfico ilícito e de uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, em qualquer de suas modalidades” (BRASIL, 1997).

Como podemos perceber, ao longo da história se constituiu um grupo especializado na repressão contra crimes envolvendo drogas ilícitas. E nosso autor, ao longo de sua juventude, passa duas vezes, segundo consta em seu próprio relato, por delegacias. Atitudes que não deveriam passar de rebeldias juvenis, acabaram com ele preso numa cela de uma delegacia, ora por vagabundagem, ora por oferecer drogas em ônibus.

Mas o que dizia a lei? Qual era o embasamento dessas prisões? Carrano acreditava que apenas deveriam ser presos bandidos, assassinos, e não jovens como ele. Segundo Carrano, essa confusão se explica pelo conceito que fazem do usuário de maconha e que, depois de algumas prisões, lhe tinha ficado bastante claro: “é o mesmo que um ladrão, um assassino.” (BUENO, 2001, p.48). Para Carrano tanto a sociedade como a justiça não viam distinção entre usuários, ladrões e assassinos. Tratavam todos como iguais.

A sociedade e a justiça tratavam todos como iguais, pois nesta época ainda vigorava o Código de Menores, que estabelecia algumas regras e punições para menores, sendo assim, quando ladrões, assassinos e maconheiros eram menores, recebiam o tratamento que era estipulado pelo Código de Menores, criado em 1927. Período este em que o Brasil vivia uma crescente preocupação com a criminalidade

infantil e em como tratá-la, é assim que nasce o Código de Menores de 1927, revisto pela Lei 6.697 de 10 de outubro de 1979¹¹. A partir desse momento, o Estado, munido da lei, assume a responsabilidade por jovens infratores e abandonados. Além do Código de Menores, a Lei 4.513, de 1º de dezembro de 1964, criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), em substituição ao Serviço de Assistência ao Menor (SAM):

Estabelece-se a preocupação com a criminalidade juvenil. Por detrás do pequeno delito se ocultaria a monstruosidade. Havia uma perspectiva higienista, com o viés da eugenia. Unem-se a pedagogia, a puericultura e a ciência jurídica para atacar o problema, tido como ameaçador aos destinos da nação: 'o problema do menor'. (PAES, 2013, p. 2).

'O Código de Menores promove maior intervenção do Estado sobre a família, abrindo caminho para uma política de implantação de internatos e prisões. Temos a intervenção do Estado na família, a qual passa legalmente a ser destituída de seu poder quando não fora mais capaz de controlar e vigiar seu menor. Nestes casos as instituições asilares, às quais os menores seriam submetidos, auxiliariam o Estado na disciplinarização destas crianças e adolescentes.

Em 1974, quando Carrano fora submetido ao Hospital Psiquiátrico Bom Retiro, vigorava o Código de Menores de 1927. Antes mesmo do hospital ele já havia transitado em algumas delegacias, e, no Art. 28 do Código de Menores 1927, fica claro o porquê da apreensão do mesmo, pois este artigo determina como “vadio e libertino” o menor que ficar transitando por via pública, e/ou pedindo esmolas para si ou para outrem. Atitudes estas comuns a Carrano¹² e seus amigos.

¹¹ Na concepção político-social o Código de Menores de 1927 é um instrumento de proteção e vigilância da infância e adolescência, vítima da omissão e transgressão da família, em seus direitos básicos. Já o Código de 1979 é considerado como instrumento de controle social, definindo a criança como vítima da omissão e transgressão da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos. A criança é vista no Código de 1927 como menor abandonado ou delinquente, objeto de vigilância da autoridade pública (juiz). E em 1979 é um menor em situação irregular, objeto de medidas judiciais. Assim, em 1927 temos uma série de mecanismos de assistência e proteção aos menores, juízes, delegados, e conselheiros, todos munidos na proteção ao menor. Já, em 1979, o Código não abria espaço à participação a outros atores, limitando os poderes da autoridade policial judiciária e administrativa. (BRASIL, 1927; BRASIL, 1979).

¹² Em suas viagens sem planejamento e sem dinheiro, Carrano pedia esmolas para se alimentar durante tais viagens, e também pedia esmola para obter sua passagem de volta para casa, em Curitiba.

Ainda em relação ao Código de Menores de 1927, temos no Art. 34, o qual suspende o pátrio poder do pai ou da mãe se estes deixarem o filho em estado de vadiagem, mendicidade, libertinagem, e criminalidade. O vigor deste artigo pode nos ajudar a compreender o medo do pai em ver seu filho entregue às drogas, e às viagens que este fazia sem seu consentimento. Talvez aqui tenhamos o medo do pai de perder seu filho, e assim teria este tomado as atitudes que achava mais adequadas para o momento.

Também o Art. 78 do Código nos possibilita compreender como a sociedade, e as autoridades competentes percebiam os adolescentes vagando pelas ruas: “Os vadios, mendigos, capoeiras, que tiverem mais de 18 annos e menos de 21, serão recolhidos à Colonia Correccional, pelo prazo de um a cinco annos” (BRASIL, 1927, p. 10).

Mas, como a sociedade se modifica de tempos em tempos, e junto com ela também seus habitantes, as transformações sociais e políticas ao longo dos anos passam a ser mais evidentes, o fim da Ditadura Militar e o processo de Redemocratização colocam o Código de Menores criado em 1927, revisto em 1979, como insuficiente para absorver tantas mudanças.

Assim, temos a passagem do Código de Menores para o Estatuto da Criança e do Adolescente¹³, no qual podemos perceber um grande descompasso entre uma lei e outra. O Estatuto vem com o objetivo de proteger e de reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, um avanço, se considerarmos o Art. 106 do mesmo, no qual “nenhum adolescente será privado de sua liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente” (BRASIL, 2012, p. 72). Este artigo marca uma das grandes diferenças, se considerarmos as principais leis que anteriormente legislavam sobre os menores. Agora, com o Estatuto, crianças e adolescentes são sujeitos de direitos.

¹³ A título de registro, em 1990 é instituído pela Lei 8.069, no dia 13 de julho, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA. O estatuto regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes. O Estatuto divide-se em dois livros: o primeiro trata da proteção dos direitos fundamentais à pessoa em desenvolvimento e o segundo trata dos órgãos e procedimentos protetivos. In:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acessado: janeiro de 2015.

1.2 O internamento asilar de Carrano

Munido ou não pelo Código de Menores ou qualquer outra lei, o pai do jovem Carrano, depois de encontrar um cigarro de maconha na mochila de seu filho, o conduz à sua primeira internação. Ele tenta argumentar com seu pai, tenta explicar aos enfermeiros que não é um viciado, que maconha não vicia. Mas suas interposições de repente se apagam, e quando acorda já está internado no Hospital Bom Retiro em Curitiba. Ambiente e pessoas desconhecidas, era um abismo que parecia se abrir sem qualquer perspectiva.

Canto dos Malditos descreve os horrores vivenciados por seu autor através dos internamentos pelos quais passou. Assim, a descrição do ambiente segue com um realismo intenso, onde pessoas são reduzidas ao nada. Indivíduos que, de tantos remédios que haviam sofrido, já não sabiam mais quem eram ou onde estavam. E o nosso personagem inserido no meio de tudo aquilo, sem saber o que fazer ou que atitude tomar.

Ainda tentando entender o que havia lhe acontecido, o jovem Carrano passa a se interrogar, tentando entender o que se passava na sua cabeça, e na de seu pai, por que o havia internado sem antes conversar com ele. É certo que conversas não eram comuns entre os dois, mas aquela atitude parecia a Carrano um tanto quanto radical demais. Ao longo de sua narrativa expõe sua indignação a este descompasso entre ele fumar maconha de vez em quando e ser considerado pelo seu pai como um doente, a ponto de ser internado em um hospital psiquiátrico.

O pai de Carrano, Israel Ferreira Bueno, em uma carta escrita ao filho logo após sua última internação¹⁴, tenta explicar as razões que o levaram a tomar tal decisão. Na sua escrita podemos perceber o quanto a sociedade e as informações que circulavam na mídia contribuíram para tal decisão.

O que me levou a internar meu filho Austregésilo no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro foram informações de um amigo que era policial. Eu lhe mostrei

¹⁴ Esta carta foi anexada ao livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno, *Canto dos Malditos*, p. 161 a 165. Edição do ano de 2001.

um pacotinho que encontrei, e ele me disse que era maconha. Fiquei desesperado, pois acompanhava pela imprensa as manchetes assustadoras sobre drogas. Esse amigo prontificou-se a me auxiliar na internação, afirmando que o Bom Retiro era excelente no tratamento de pessoas que fumam maconha (BUENO, 2001, p. 161).

A partir desse relato podemos perceber o quanto a relação de Carrano com o pai e toda família era bastante conturbada. Aos 17 anos, em plena puberdade e descobrindo as belezas e agruras que a vida poderia lhe proporcionar, se via internado num lugar que acomodava doentes, loucos de todo tipo de excentricidades humanas. Mas Carrano, apesar de fazer uso de maconha, não se enxergava como um doente, logo, também não entendia os motivos para estar naquele lugar, que para Carrano era de loucos e ele não se qualificava como um. Outro fator que contribuiu para a internação de Carrano fora a condição socioeconômica de sua família, que facilitaria seu acesso relativamente rápido a um hospital psiquiátrico.

Carrano, ao ser internado no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro, se vê inserido numa rotina bastante severa, com horários para tudo, banho, alimentação, remédios, sol. Tudo controlado, disciplinado. Carrano, como um adolescente que vivera sua liberdade ao extremo, não aceitava aquela internação, aquele enclausuramento. Isso fizera Carrano querer nos primeiros dias de internação falar com a família, e/ou com o médico na busca de uma resposta que o convencesse do porquê daquele internamento, numa busca incessante pela sua liberdade.

Assim, nesta busca pela liberdade, quando Carrano fica sabendo que o dia de visitas chegaria, se enche de esperança, pois acreditava que seria seu passaporte para a liberdade, que em pouco tempo se esvai, pois ainda não haviam passado os quinze dias iniciais de internamento, e Carrano não receberia visitas. Então passa o primeiro dia de visitas como expectador, apenas observando, mas não usufruindo. Dia de visitas, dia em que todos os sonhos parecem estar prestes a se realizar, tanto para os crônicos, como para os 'não' crônicos. Alguns desejavam apenas as guloseimas e principalmente os cigarros que os familiares traziam, outros iam com os sonhos mais além e desejavam ir embora junto com seus familiares. Tudo era festa! Mas a noite cai e os sonhos se apagam, as frustrações e a dor toma conta de todo o pavilhão, que agora parece ser pequeno para tanta amargura. Aquela prisão

depois das visitas parecia doer ainda mais.

Além da amargura que tomara conta daquele lugar, depois de um dia de visitas, outra grande estranheza de Carrano foi o próprio ambiente, que não se parecia nada com o que ele imaginava de uma clínica. Ao entrar, Carrano estranhou em não ver médicos, não passar por qualquer tipo de triagem, tudo muito diferente do que ele imaginara. Aquele ambiente era impreciso, tinha as características de uma prisão e de um hospital emaranhados.

Assim, até o momento em que imaginava estar vivendo um verdadeiro pesadelo, mas não era. Tudo era real, verdadeiro, mas ele não entendia nada, só tinha tido contato com enfermeiros, nenhum médico o havia examinado, e ele já estava ali internado, sendo medicado e enjaulado. Essa domesticação à qual Carrano estava submetido fez o jovem levantar questionamentos sobre a efetividade daqueles tratamentos: “será que alguém vai simplesmente deixar de fazer algo porque foi proibido? O alcoólatra irá deixar da bebida por ser obrigado? Ou por se encontrar ali isolado? As estatísticas provam o contrário. Eles sempre voltam” (BUENO, 2001, p. 100).

E então, sem soluções, o canto dos malditos era renovado de tempos em tempos. Talvez o medo de pertencer ao canto dos malditos, ou como uma das formas de se encaixar naquela rotina, Carrano se adapta mais que rapidamente à rotina disciplinada do Sanatório Bom Retiro. Com a chamada para os remédios, horário para ver televisão, nova dosagem de remédios, horário para dormir e para acordar, tempo para ficar no pátio, que era o único

contato que o interno tinha com o exterior, presos em quartos, enfermarias, alas, o pátio é um pouco da liberdade, embora o muro que o cerca seja de aproximadamente cinco metros de altura. A mistura é geral, alcoólatras e viciados em drogas, viciados com psicopatas crônicos, crônicos com malandros enganando a justiça, é uma verdadeira salada russa da escória humana. (CARRANO, 1987)¹⁵.

Entre esta mistura de personalidades, este jovem Carrano começa a indagar a todos sobre aquele lugar, e principalmente sobre o 'canto dos malditos'. O

¹⁵ Artigo publicado no *Jornal do Estado*, do Paraná. No qual Austregésilo Carrano Bueno assina apenas Austregésilo Carrano, assim justificando a diferença nas referências.

enfermeiro é incisivo ao dizer que ali é a casa daqueles coitados, que lá fora o mundo não pertence mais a eles, onde não saberiam nem tomar um ônibus, o mundo era ali dentro agora. A inquietação de Carrano depois da fala do enfermeiro é evidente, se perguntando se um dia ele se tornaria um daqueles “coitados”. Esses “coitados” são conhecidos também pelos médicos e enfermeiros como crônicos sociais. Carrano tenta compreender aqueles doentes crônicos excluídos do convívio familiar e do convívio social. Nesse contexto, estes sujeitos antissociais, e/ou crônicos sociais, são caracterizados por indivíduos diversos, com doenças psiquiátricas ou não. São sujeitos que de alguma forma não se encaixam nas normas sociais, podemos citar aí alcoólatras, usuários de drogas psicoativas, mendigos, etc. Sujeitos que são excluídos da sociedade e que vão parar em hospícios, manicômios, asilos, e outros lugares de reclusão longe dos olhos da sociedade dita ‘normal’.

Em relação ao convívio social, até meados dos 1990 vigorava um decreto que legitimava esses internamentos, este era o Decreto nº 24.559, de julho de 1934, que instituiu “aos psicopatas tratamento e proteção legal”, além de receber “indivíduos suspeitos de doença mental que ameacem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública” (BRASIL, 1934, p.1).

Assim, o internamento asilar deveria ser instituído para o tratamento e proteção destes crônicos sociais pela forma da lei, mas o que Carrano narra não se parece em nada com tratamento. A impressão que se tem, ao ler sobre este ‘canto dos malditos’, é a de que o isolamento era o único caminho que se buscava para estes sujeitos. Como muitos não se adequariam mais às regras sociais, tal decreto dava margem para a apreensão destes crônicos que não eram doentes, não sofriam de psicopatias, nem de toxicomanias, mas que perturbavam a moral pública.

A sociedade via nestes indivíduos a loucura, um mal social que deve ser esquecido e fechado em um ambiente isolado do resto da sociedade. Mas, ao mesmo tempo, a sociedade que enxerga nestes indivíduos a loucura como um mal social também não sabe definir esta loucura (AMARANTE, 1997). Dessa forma, não sabendo definir o que eram estas diferenças sociais, os hospitais psiquiátricos no Brasil durante muito tempo receberam indivíduos que eram recusados e esquecidos

por seus familiares, mesmo tendo seus tratamentos findados, ainda continuavam internados, pois eram esquecidos por suas famílias. Acabavam permanecendo dentro dos muros dos hospitais fechados com suas loucuras, e, longe da razão que a sociedade lhes impõe, e eles não se enquadravam.

A partir desses pressupostos podemos dizer que a família tem primordial importância no destino destes “crônicos sociais”, seja para neutralizá-los, controlá-los, ou entregá-los às casas de internamento, seja porque a família não quer assumir este papel, ou porque é demasiado difícil, ou ainda porque o mesmo escapa do espaço de controle da família. Dessa maneira, se formam espaços de internamento, conjurando loucos, doentes mentais, drogados, e usuários de todos os tipos, e a união destes indivíduos num mesmo espaço novamente leva à incompreensão da sociedade sobre estes espaços e sobre quem os habita, formando assim um imaginário sobre os loucos e a loucura.

A rebeldia de Carrano é característica bastante comum da juventude e é considerada por Macrae (2004) bastante antiga na história da humanidade. São bastante comuns entre os jovens períodos de transformação do corpo e da mente, momentos em que os jovens tendem a recusar ordens e experimentar seus próprios limites. Entre esses limites o consumo da maconha era algo praticado frequentemente.

Inegavelmente, o consumo da maconha por adolescentes não era exclusividade do grupo e da sociedade dos quais Carrano fazia parte:

Enquanto ‘droga’ a maconha é tratada em termos quase sempre negativos, como ‘causa’ de distúrbios físicos, psicológicos e morais, como mal a ser extirpado. Assim, procura-se apenas investir na repressão ao tráfico e na elaboração de campanhas preventivas visando manter o usuário potencial ou regular afastado do ‘perigo’. (MACRAE, 2004, p. 13).

É bem provável que esta forma de encarar a maconha como um mal social a ser extirpado fosse um caminho equivocado para a solução deste problema. Talvez a relação do jovem com a sociedade fosse o foco mais adequado, onde as transformações da adolescência, fase de transição, sejam problemas mais perceptíveis e que causam maiores incompreensões. E eles acabam buscando

estas substâncias para fugir de todas estas incógnitas que lhes são impostas e que não estão preparados para respondê-las. Então seria o uso da droga (maconha) a saída para essa pergunta? Pergunta esta que não podemos responder, porque as razões que levam jovens e adolescentes a usarem maconha e outras drogas são diversas, defini-las e/ou catalogá-las em um quadro, ou em poucas palavras, parece-nos impraticável.

Impraticável, improvável. Anthony Daniels, em entrevista à *Revista Veja*, em agosto de 2011, diz que a maneira como encaramos o vício de drogas está equivocada. Tratamos os viciados como vítimas incapazes de serem responsabilizadas por suas escolhas. Isso é falso, diria ele. Eles não são vítimas de seu próprio comportamento. Os drogados usam entorpecentes por uma decisão pessoal. O estado mental que as drogas induzem é muito atraente para estes jovens em comparação a suas realidades. Daniels defende que, quando cometessem algum crime, ainda que pequeno, sob o efeito de drogas ou para comprá-las, os viciados deveriam ser forçados a entrar em uma clínica de reabilitação. Se não aceitassem o tratamento deveriam ser mandados para a prisão. Isso lhes daria motivação para levar a sério o processo de reabilitação, pois o maior problema com o vício é que os viciados não encontram razões para parar. O medo da prisão pode ser uma delas. (2011, p. 20).

Ao contrário das colocações de Daniels, Carrano parecia não ter medo da prisão, pois fora preso algumas vezes pelo uso da maconha, e por vadiagem em uma de suas viagens ao Rio de Janeiro, e em nenhuma de suas passagens pela delegacia cogitou parar de consumir drogas.

Segundo Israel Ferreira Bueno, além de descobrir que seu filho estava fumando maconha, este também apresentava comportamentos muito rebeldes, (como sair sem o consentimentos de seus pais, ir preso por fumar e oferecer drogas em ônibus, pichar muros, entre outros) o que contribuíra para sua decisão em internar seu filho no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro, em meados de outubro de 1974. E,- na primeira consulta com o médico Alô Ticoulat Guimarães, este enfatizaria que tal comportamento rebelde do jovem Carrano poderia ser efeito do uso das drogas. Informação esta que contribuiu para que a família de Carrano aceitasse com

mais tranquilidade a internação do jovem.

Depois de alguns dias internado Carrano, se aproximara de alguns internos, e um deles, Rogério, se tornaria seu amigo. Apesar da amizade feita, Carrano se viu preso num lugar desconhecido, rodeado de barbaridades que não pareciam reais. Mas era real, e, segundo Rogério, seu amigo, tudo podia piorar se ele não se acalmasse, pois o Dr. Alô Guimarães já o tinha examinado exatamente na hora em que entrou e saiu rapidamente do pátio. Esse foi o exame, agora ele não era mais uma pessoa, era uma ficha e tudo mais que o doutor precisasse saber estava lá na ficha e nas informações cedidas pela sua família. A partir do momento em que você estava ali dentro, não era mais dono de si mesmo, ou seja, não era dono de seus horários, de seu corpo, até seus pensamentos eram controlados, dentro de uma instituição como aquela.

As rebeldias de Carrano, sua maneira de agir, eram comuns nas ruas em 1974 e acabaram levando o jovem ao hospital psiquiátrico. Mas é claro que em “1974, ainda não existia em todo o Brasil um hospital especializado em tratamento de viciado. E se você quer saber, vão ainda mais trinta anos. A ignorância sobre as drogas irá continuar, porque este país é atrasado e manipulado” (BUENO, 2001, p. 62).

Em sua narrativa Carrano deixa claro sua indignação na forma como o governo e a sociedade, como um todo, tratava jovens como ele. Acreditava que o uso que ele fazia da maconha não lhe causaria mal algum. Acreditava também não ser viciado. Acreditava que poderia parar de consumir a droga assim que achasse conveniente. Tinha consciência dos seus atos. Sabia que o uso da maconha não era aceito pela sociedade, mas também tinha a consciência de que um hospital psiquiátrico não teria condições de tratar de um viciado, mesmo este não se considerando um viciado. No entanto, a família de Carrano não tinha o mesmo pensamento que ele, sua família sabia o que lia nos jornais, e as notícias nunca eram animadoras quando se tratava de usuários de maconha e outras drogas ilícitas (cf. Bueno, 2001).

1.3 Entre a loucura e a lucidez: no hospício ou na família

O Sanatório Bom Retiro começa a se encher. As visitas vão chegando e os pacientes junto a seus familiares se acomodando no belo jardim que compõe o sanatório, mas que só pode ser acessado nos dias de visita. Quando o enfermeiro chama seu nome: “Austry, visita”, ele se enche de esperança. Encontra seus familiares e vai direto ao assunto. Pede aos seus pais que o tirem daquele inferno naquela mesma hora. Porém, o que ele temia acontece. Seus pais o acham mais bonito, corado e forte. Seu amigo Rogério tinha razão, a farsa da engorda funcionava mesmo. Seus pais e irmãos insistiam em dizer que tudo aquilo era para o bem dele, era para ele se curar do vício de fumar maconha. Carrano, impetuoso, diz que maconha não causa dependência orgânica nenhuma, mas o pai insiste e diz que não é isso que os jornais lá fora falam, e que não queria que seu filho virasse manchete de jornal.

O jovem diz à família que eles o estão enchendo de barbitúricos. A irmã exclama e pergunta: “O que é isso?”, Carrano diz incisivo: “Drogas irmã, estão me enchendo de drogas”. O pai fica irritado diante da reclamação do filho, e diz bravo: “Drogas não, seu menino mal agradecido, isso são medicamentos. Droga era o que você tomava lá fora” (BUENO, 2001, p. 113).

O jovem percebe que aquelas intervenções todas não estavam funcionando. Aí resolve ser “sádico”, algo que ele sabia ser quando queria. Começa a falar do eletrochoque, dos efeitos que tal aplicação pode causar numa pessoa. Todo este discurso voltado para sua mãe, pois ele sabia que era a mais afetada sentimentalmente de todos. O pai interrompe o discurso sádico¹⁶ de seu filho e diz o quanto foi difícil colocá-lo ali. Mesmo diante das ameaças do filho de cortar os pulsos, o pai se mantém firme e forte no seu posicionamento, diz apenas que pode falar com o Dr. Alô Guimarães para ele não aplicar-lhe choque. A visita continua, mais discussões, e nenhuma conclusão. Carrano volta ao pavilhão com suas frutas, doces e cigarros, arrasado, pois não tinha alcançado seu objetivo, não tinha

¹⁶ A expressão “sádico” é usada pelo próprio Carrano em sua autobiografia, ao se referir ao seu próprio discurso (BUENO, 2001, p. 70).

conseguido convencer seus familiares da loucura que era mantê-lo dentro daquele hospício (BUENO, 2001).

A família realmente já tinha sido instruída pelo médico a respeito dessas possíveis tentativas do jovem. A relação médico-paciente e médico-família aqui tem papel preponderante para o prosseguimento do tratamento de Carrano. Mas a família não acreditava. Aqui a internação do jovem pode ser compreendida por sua relação mal resolvida com sua família, tal relação mal resolvida fica clara nesta primeira visita dos familiares à Carrano no Sanatório, os quais dão mais valor à palavra do Dr. Alô Ticoulat Guimarães, do que à palavra de seu filho.

Nestas relações médico-paciente e médico-família, temos relações de poder aqui voltadas ao controle sobre os corpos, mas não um controle em massa, grosso modo, e sim um cuidar detalhado, um exercer sobre o corpo uma mecânica dos gestos, das atitudes, um controle ativo do corpo. Esta sujeição que se realiza sobre o corpo impõe-lhe uma objetivação que tem como intuito conformar esses corpos a uma docilidade e uma utilidade que Foucault chama de disciplina (2004, p. 118). É a este tipo de pretensão disciplinar que Carrano e os demais internos eram submetidos, para se tornarem dóceis, pacíficos, e assim voltarem ao convívio social. O próprio relato do jovem Carrano mostra esse controle dos corpos.

Jantei, não comi até o fim. O televisor, que ficava numa prateleira na parede, na nossa sala, após o jantar era ligado. Não me interessei, fui para o quarto. Em torno das vinte e uma horas, outra chamada para os comprimidos. Desta vez, três comprimidos. E todo mundo para a caminha. O quarto foi trancado pelo enfermeiro noturno. Antes, avisou-me que se quisesse ir ao banheiro era só bater na porta (BUENO, 2001, p. 77).

O corpo dócil que Michel Foucault apresenta como exemplo e modelo é o do soldado que é moldado para uma função determinada, mas neste corpo dócil e moldado cabem também os chamados doentes mentais ou todos que de alguma forma são considerados loucos, que passam por processos de transformação do corpo e da mente. O corpo, neste caso, é alvo de poder. Corpo que se manipula, se modela à vontade do médico, da família e da sociedade. Assim, um Carrano que não agia de forma adequada para sua família nem para os padrões da sociedade é internado em um hospital psiquiátrico para ser moldado, docilizado, pronto para

habitar novamente a sociedade.

O fato é que Carrano estava internado em um hospital psiquiátrico para tratar do seu vício, no entanto, junto com ele encontravam-se outros tantos doentes crônicos e viciados. Se em algum momento da história tentou-se definir o que é a loucura, com toda certeza nenhuma definição poderia dar a exatidão do que era aquele lugar, aquela mistura de personalidades, um espaço no qual a loucura se faz, e se mostra.

Talvez isso explica por que hospícios, manicômios e asilos estão sempre cheios de figuras das mais diversas, talvez seja não para protegê-los, mas sim para nos proteger da nossa realidade delirante. Assim, a insanidade do louco nos mostra o quanto podemos estar perto da loucura, o quanto a loucura faz parte da nossa vida. A lembrança da realidade cruel em que vivemos faz com que o isolamento destes indivíduos seja bem-vindo, e desejado por muitos. A presença deles nos levaria “a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade” (FOUCAULT, 2005, p. 14).

Segundo Carrano, no Sanatório Bom Retiro eles eram:

Mantidos em alas proibidas aos olhos dos visitantes, constituem-se em verdadeira vergonha para uma sociedade de ‘normais’. Num martírio lento, eles esperam que as drogas os matem, explorados pela instituição que agora recebe os elogios da sociedade, por mantê-los sem condições mínimas de higiene e valorização humana. Já serviram às experiências para o uso de novas drogas, novas teses, novos tipos de tratamento. Fizeram sua parte como cobaias. Agora são lixos humanos (BUENO, 2001, p. 78).

Desse modo, Carrano se via internado em um hospital psiquiátrico, num ambiente que parecia irreal. O jovem parecia oscilar entre a loucura e a lucidez, entre fazer parte daquele internamento e fazer parte da família e da sociedade. No entanto, enquanto estava dentro do hospício, Carrano parecia lúcido e desejava muito estar no convívio de seus familiares, estar na sociedade trabalhando e curtindo sua juventude com seus colegas.

Porém, logo que sai de sua primeira internação, depois de muitos pedidos para sair, muitos remédios, e muitos eletrochoques, quando o jovem já parecia ter desistido da sua própria razão, sua família resolve interceder e retirá-lo daquela

internação, mas fora dos muros do hospício ele parecia mais louco. A lucidez parecia ter dado lugar à loucura. Assim:

Em casa, todas as atenções eram pra mim. Parentes, vizinhos, amigos da família vinham matar a curiosidade. Recém-saído do hospício. Não me incomodavam suas curiosidades, sim suas presenças. [...] Meu quarto era minha segurança. Uma folha seca, sem vontade. Queria sempre estar só. Isolar-me de todos, meus pais, visitas. [...] Meu quarto era meu esconderijo (BUENO, 2001, p. 119).

Assim que o jovem voltou para casa, onde todos acreditavam que ele seria novamente o jovem alegre e agitado de sempre, a decepção chegou, pois não era o que ocorria. Agora, como ele mesmo relatara, queria apenas ficar isolado de todas as pessoas que lhe inspiravam receios e que ele não conseguia compreender. Depois de dois meses fora do Sanatório já não era mais o mesmo e todos haviam percebido isso. Ele vivia pedindo para voltar para o Sanatório. Agora a internação era sua liberdade, e as ruas, sua prisão, oscilando entre a loucura e a lucidez (cf. BUENO, 2001).

CAPÍTULO 2

Tratamento psiquiátrico

Nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar.

Michel Foucault, 2003, p. 113.

2.1 O tratamento de Carrano

Neste capítulo iremos concentrar nossas análises no tratamento de Carrano, sua relação com o Hospital Psiquiátrico e com os pacientes que circulam por estes hospitais. Aqui também faremos uma viagem para entender a situação da psiquiatria brasileira, para isto usaremos de filmes/documentários e livros publicados que tratam especificamente da situação da psiquiatria brasileira. Entendendo esta relação iremos investigar alguns dos tratamentos psiquiátricos que emergiram para as chamadas psicocirurgias. Finalizando o capítulo faremos um breve percurso sobre a biografia do médico responsável pelo tratamento de Carrano e a relação médico-paciente.

O dia amanhece e tudo parece estar diferente. Um enfermeiro acompanha Carrano desde o amanhecer e o leva a um quarto antes do café. Todas as conversas com o amigo Rogério sobre o tão temido eletrochoque pareciam pulsar em sua mente, não queria acreditar que estaria passando por aquilo. As horas, os minutos pareciam agonizantes. A espera parecia contribuir ainda mais com o nervosismo,

mas Carrano não tinha ainda a confirmação de que era realmente o eletrochoque que iriam aplicar nele.

Então, pela pequena abertura da porta, chama vários internos e os interroga sobre o que acha que iriam fazer com ele, e todos confirmam: “Você vai tomar choque” (BUENO, 2001, p. 86). Mas aquilo ainda não convencia Carrano, até chegado o momento em que ouve o barulho de rodinhas pelo corredor, elas param no quarto ao lado, onde se encontra seu amigo Rogério¹⁷, e os gemidos, gritos de desespero acabam por paralisar Carrano. No momento em que os enfermeiros e o médico Alô Guimarães entram no quarto em que ele se encontra, estes não esboçam reação alguma. O desespero paralisa seu corpo e toma conta de suas forças. Começam os preparativos. Os enfermeiros o imobilizam: braços, pernas, tronco. O médico se aproxima, toca suas têmporas. O paciente ouve seu próprio gemido, depois simplesmente apaga.

Carrano segue descrevendo a sensação horripilante que tomou conta dele logo após o eletrochoque. Parecia perdido e desolado. Não sabia direito onde estava e como havia chegado ali. Tudo lhe doía: cabeça, corpo, mente. Além da dor, Carrano estava desolado e queria acima de tudo entender por que haviam aplicado eletrochoque nele. Qual o objetivo disso como parte de um tratamento? Perguntas como esta rondavam a cabeça do jovem Carrano, assim como a imagem do médico Alô Guimarães. O médico havia dito a seu pai que o tratamento via psicofármacos e eletrochoques era capaz de abrandar os comportamentos agressivos que o jovem apresentava e que eram causados pelo consumo da maconha. Esse tratamento foi aplicado em 1974 em seu primeiro internamento no Sanatório Bom Retiro.

Ainda no Sanatório Bom Retiro, nas primeiras visitas de seus familiares, o jovem Carrano tenta 'abrir os olhos dos pais' para o tratamento desumano que ele estaria recebendo ali dentro. Seu irmão, com uns dez anos de diferença dele e que era uma espécie de conselheiro da família, diz: “Dr. Alô Guimarães é um dos melhores psiquiatras do Paraná, tudo o que ele está fazendo era para o seu bem”. Carrano exclama: “Vocês parecem que já vieram preparados para as minhas

¹⁷ Segundo relatos de nosso próprio autor, este é o nome real, de seu colega no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro.

reclamações” (BUENO, 2001, p. 112). Carrano reclama aos familiares que o médico não teria feito nenhum tipo de exame de diagnóstico sobre o seu vício. Seu irmão rebate a crítica dizendo que o médico teria mais de 40 anos de profissão, e que com as informações que eles passaram ao médico ele já teria condições de prescrever o tipo de tratamento que deveria ser levado a cabo com intuito de o reabilitar do vício.

Depois de mais uma visita dos familiares, e sem conseguir novamente o que tanto desejava – sair daquele lugar –, Carrano volta desolado e decidido a seguir as regras estabelecidas. Aceitar as regras significava tomar todas as medicações que eram administradas. Mesmo com esta decisão, Carrano estava mais calmo, pois seu pai havia lhe prometido que falaria com o médico para interromper as sessões de eletrochoques que tanto o aterrorizavam.

Na manhã de segunda-feira Carrano é levado a mais uma sessão. Mesmo calmo, pois lembra que seu pai tinha prometido falar com o médico, pensa que talvez os enfermeiros ainda não soubessem que seus choques seriam suspensos. Passado algum tempo ele permanece no tão temido quarto. Chega o médico, e Carrano já vai se adiantando para sair, pois tinha a certeza de que seu pai havia cumprido com sua palavra. Segundo o seu relato, o médico dá um sorrisinho e o enfermeiro diz que seu pai não havia falado com ninguém (2001, p. 115). Então, indignado por seu pai não ter cumprido a promessa que havia lhe feito, se entrega ao choque, pois sabia que resistir não adiantaria em nada.

A lembrança dos eletrochoques era horrível. Carrano fazia tudo que estava ao seu alcance para acabar com aquela sensação. Em uma das sessões a que fora submetido, chegara a cometer atitudes extremas para evitar as sessões:

Meu terror era tanto que, de quatro, comecei a lamber o chão. Como penitência. Lambia. Lambia o chão. Minha língua ficou toda cheia de poeira – Senhora minha, Mãe Santíssima! Fazei com ele não venha hoje, eu engulo essa sujeira... eu engulo! Engoli tudo que estava na minha língua. E continuei a lamber o assoalho por várias vezes, implorando aos santos que fizessem com que aquele médico não aparecesse para a aplicação. (BUENO, p. 101, 2001).

Esse relato de nos dá uma breve noção do que sentia o paciente, da agonia que o mesmo tinha nas sessões de eletrochoque, do acordar com o corpo todo

doendo, uma dor agonizante, que era para mesmo inidentificável, indecifrável. As sessões de eletrochoque tornavam aquele sanatório ainda mais incômodo.

Carrano queria apenas uma resposta para tudo aquilo. Tentava insistentemente falar com o médico responsável por seu tratamento, pois este lhe parecia a única pessoa capaz de responder a esse desejo de significado que o incomodava. O paciente era objeto indiscriminado do poder psiquiátrico. Chegou o médico, a figura ilustre tão esperada pelo jovem e que parecia a solução de todo aquele pesadelo. Mas, como um feixe de luz, o médico entrou e saiu rapidamente, mal toca as mãos do jovem e já sai. Carrano passa então a interrogar o enfermeiro que estava ali que lhe responde ríspido que ali ele não tem direito a exigir nada e, se ele precisar chama, médico. Carrano fica ainda mais indignado, pois buscava com todas suas energias explicações plausíveis para aquela dominação de seu corpo. E assim seguia a sua rotina de dentro do hospício, dia após dia.

Assim também, a rotina dos comprimidos e da alimentação não falhava nunca, os horários eram sempre respeitados como algo sagrado. Domingo era dia de festa, e para Carrano também, pois ele receberia visitas e acreditava que naquela mesma tarde estaria longe daquele inferno. Nos preparativos para a visita, tomando banho, vestindo-se, Carrano percebe que seus movimentos estão um pouco mais lentos. Parecia não ter controle total de suas ações, julgava ser por causa dos comprimidos. Lembrou-se do amigo Rogério que o alertara para esse efeito dos comprimidos. Mas ele não se importava mais, estava certo de que naquela mesma tarde tudo acabaria e que naquela mesma tarde estaria bem longe daquele inferno.

Aquele novo momento de encontro de Carrano com a família fizera com que ele novamente insistisse para que seus familiares o tirassem daquele lugar, ou que ao menos falassem com o médico para que os tais eletrochoques acabassem. Então, procurando atender o pedido do filho, Israel Ferreira Bueno tentou falar com o médico Dr. Alô Guimarães, o qual tinha tido poucas conversas com a família, pois a maioria das conversas era realizada com o enfermeiro encarregado. Mas, nesta oportunidade, Israel Bueno insistiu em falar com o médico, principalmente por conta dos eletrochoques que achava serem desnecessários a seu filho. Na conversa, o médico foi categórico e disse à família que tinha conhecimento do que estava

fazendo e que os familiares não deviam ignorar os resultados que poderiam ser obtidos através de tal tratamento.

Mergulhado nos caminhos desconhecidos do consumo de drogas, o jovem, depois de algumas visitas dos seus familiares e algumas aplicações de eletrochoque, muitas medicações e conversas com internos, parecia ainda ter consciência do que se passava com ele e, apesar de tal consciência, não compreendia a atitude de seus familiares. Resolveu começar uma busca por companheiros que desejassem realizar uma fuga. Diante da ideia, Carrano foi alertado por seu amigo Rogério que, se descoberto, ele podia receber doses da chamada 'tortulina', injeção de Haloperidol. Tortulina, como era chamada a injeção de haloperidol: "fármaco pertencente à classe das butirofenonas, é um agente antipsicótico indicado no tratamento de diversas doenças, incluindo esquizofrenia, mania, distúrbios comportamentais, síndrome de Tourette e crises de ansiedade grave" (MARGONATO; BONETTI; NISHIYAMA, 2004, p. 81).

A calma nunca fora uma característica do jovem Carrano e, assim, na tarde de segunda-feira, se encontrava sentindo todos os efeitos do eletrochoque, e desta vez estes efeitos pareciam ter vindo com mais força. O jovem amanheceu na terça-feira indignado com a família e com condição atual. Sua irritação era evidente. Mais tarde, o enfermeiro "Marcelo" chamou-o a um quarto da enfermagem e aplicou uma injeção transparente em seu músculo, dizendo ser um fortificante. Sentiu seu corpo repuxar. Simplesmente não tinha mais controle sobre seu próprio corpo. Era a injeção de tortulina fazendo efeito.

Como lembra em sua narrativa que há trinta anos não usam mais o eletrochoque na psiquiatria intitulada moderna, se questiona: "o que é que eu estou fazendo aqui então? Será que a psiquiatria moderna não chegou ao Brasil? Ao Paraná?". E assim a noite de domingo caiu e a rotina voltou a tomar conta dos internos e um medo ainda maior controlava Carrano. Segunda era dia de eletrochoque. O desejo era de que a noite não se acabe e que a segunda não chegasse. Mas isso era impossível. A manhã de segunda chegou e os mesmos preparativos se iniciaram, a única diferença era que Carrano já sabia o que aconteceria: a inadiável sessão de eletrochoque o esperava e a consciência parecia

ser seu maior terror. Ajoelhou-se, pediu, implorou aos santos e a tudo o que ele achava que podia para que o médico não chegasse.

Carrano ouviu novamente o barulho das rodinhas no corredor, a fechadura da porta abrindo, o pavor e o medo tomam conta dele novamente. Esboça uma reação, como se pudesse de alguma forma se livrar daquela situação, mas de nada adianta. Vencido pela força dos enfermeiros o jovem é novamente deitado na cama, com um tubo de borracha na boca. Os joelhos fortes do enfermeiro pressionam seu tórax, algo lhe passa nas têmporas, ele ouve o seu próprio gemido. Tudo se apaga e de repente aquela sensação indescritível o acompanha novamente. Com dor de cabeça e no peito, vai para o pátio sem tomar café e sem almoçar. A ânsia de vômito era tremenda. Em qualquer lugar em que se sentava a sensação parecia horrível. Quarto, pátio, nada aliviava a dor e a sensação incômoda novamente tomava conta dele.

Uma série de eletrochoques se realizava em doze aplicações. Nesse momento o jovem havia realizado apenas três sessões. Seu amigo Rogério o alertou para não tomar os medicamentos fornecidos durante o dia e que somavam mais ou menos quinze comprimidos. Seu amigo dizia que sedado a recuperação e a alta seriam mais demoradas e aconselhava Carrano a jogar fora os comprimidos e aguentar tudo aquilo sem medicação, conselho que não pôde ser seguido.

Por sua relação amigável com os enfermeiros do Hospital Bom Retiro, pela primeira vez Carrano iria presenciar a aplicação de um choque. Ele e seu amigo Rogério seriam submetidos à aplicação juntos, no mesmo ambiente. Todos chegam. Rogério parece apreensivo e muito nervoso. Carrano desejava levantar da cama e lhe dar um apoio, mas não conseguia, já que também estava tremendo de nervosismo. Seu amigo deita na cama pensando que ser esta a sua última aplicação e consegue seguir firme no procedimento.

Carrano presencia cada movimento que antes ficava apenas na sua imaginação. Não tinha consciência plena do que acontecia. Numa atitude impetuosa e assustado com o que vira, sai correndo do quarto como quem quisesse fugir, sumir daquele lugar, desaparecer, a consciência de cada movimento do processo de choque não lhe foi nada agradável. Dr. Alô Guimarães chama a atenção dos

enfermeiros e Carrano é capturado. O médico ressalta o porquê daquele procedimento sempre ser realizado de maneira individual e solitária, não podia ser dividido nem socializado. A consciência de todos os movimentos que iriam acontecer tornaria tudo mais dolorido e tortuoso. Assim, a sua aplicação é realizada após a de seu amigo e as dores – efeitos colaterais das sessões – voltam a fazer parte da rotina do jovem.

Seguindo esta perspectiva da narrativa tortuosa da aplicação dos eletrochoques, Carrano nos mostra que a imagem do terror não se concentrava apenas na sala de aplicação, mas também em outros ambientes do hospício que eram tão horríveis quanto. Por exemplo, a sala dos crônicos. Para Carrano, quem tem o mínimo de sensibilidade não conseguiria comer ali, pois os pacientes comiam e defecavam simultaneamente. Misturavam arroz e feijão com suas fezes. Pegavam a comida com as mãos sujas e, por mais que os enfermeiros cuidassem para que isso não ocorresse, eles eram em pouco número para os muitos pacientes e o controle era quase que impossível.

Ao longo da história estes indivíduos passaram por outros procedimentos que, a saber, hoje ainda nos causam horror. Procedimentos que surgiram há décadas e que se espalharam pelo mundo todo. Procedimentos estes que não tinham bases científicas seguras, mas que ainda assim eram usados por médicos na busca de tratamento de pacientes que apresentavam sintomas ainda não bem conhecidos, a exemplo o próprio eletrochoque, a lobotomia, e a leucotomia.

Com o passar dos dias naquele hospital psiquiátrico, Carrano parecia entregue de corpo e alma ao tratamento. Não resistia mais, tomava os comprimidos. Relata que nunca tinha tomado tantos medicamentos em vida como naqueles dias de internamento. Agora ele mais se parecia com um daqueles crônicos que tanto lhe chamavam a atenção nos primeiros dias de internação. Agora fazia parte daquele lugar. Os dias iam passando e ele cada vez mais sedado. Em dia de visita seu pai não faltava, mas sua mãe já não aparecia, pois não suportava vê-lo trancado naquele lugar. O jovem estava altamente sedado, sem vontade própria, sentia-se flutuando, sentava ao pátio e ficava por horas olhando o nada. Era mais um ali dentro. Nem os choques o incomodavam mais, e depois de aproximadamente

cinquenta dias eles cessaram.

Mais um dia de visitas e agora Carrano assusta toda a família, que se prostra diante de um indivíduo totalmente autômato. Passam-se sessenta, setenta dias, que agora passam rapidamente ainda que parecesse acontecer em câmera lenta, e sair daquele lugar, que antes era seu objetivo, agora já não era mais. Não tinha vontade, não tinha sentimentos, nada fazia sentido, apenas a satisfação de suas necessidades básicas. Os dias se passaram e a mudança em seu comportamento parecia ainda mais evidente. As visitas que antes eram sua esperança agora pareciam lhe incomodar. Era um pedacinho do mundo que se apresentava e que ele não queria mais ver. Sentia-se agora como parte daquele ambiente, o mundo lá fora parecia mais maligno e perigoso do que a proteção que sentia quando dentro do pavilhão.

Como parte integrante daquele ambiente, já era chamado pelos novatos de crônico, sem vontade própria, fazia tudo que o lhe mandavam. Sessões de eletrochoques recomeçaram. Mas ele parecia não se importar mais, parecia refugiado num mundo a que nem ele mais tinha acesso. Era agora um indivíduo que estava presente e ao mesmo tempo ausente da realidade do mundo. Seus familiares começaram a se assustar e pressionam Alô Guimarães a conceder alta e Austregésilo Carrano Bueno é liberado, ainda que contra a vontade do psiquiatra.

2.2 A situação da psiquiatria brasileira e internacional

As aplicações de eletrochoque às quais Carrano fora submetido eram procedimentos usados em boa parte do mundo, que, no entanto, estavam sendo repensadas. Pacientes ou mesmo presos políticos eram submetidos a estes eletrochoques a um nível extremamente intenso, que deixavam grandes sequelas. No caso do nosso autor: perda de dentes, uma fissura craniana, perda do controle de suas funções fisiológicas, além de dores de cabeça frequentes. Efeitos colaterais que o acompanharam por anos (BUENO, 2001, p. 172).

Na década de 70 o eletrochoque¹⁸ era um procedimento superado em boa parte do mundo. No entanto, tínhamos ainda alguns resquícios desse método em hospitais psiquiátricos no Brasil, onde se acreditava que indivíduos agressivos e que sofriam de esquizofrenia poderiam ter seus males abrandados com a aplicação deste método. O jovem e rebelde Carrano relata em sua autobiografia que a sociedade não estava preparada para cuidar e/ou tratar de jovens drogados. Assim, tínhamos médicos aplicando nestes jovens tratamentos destinados a psicopatias a fim de encontrar algo que pudesse reverter o desejo e a vontade destes, que se encontravam mergulhados nos descaminhos das drogas.

Carrano era um destes jovens recebendo tratamento de eletroconvulsoterapia, e psicofármacos diversos para o tratamento de sua agressividade típica da adolescência, que fora interpretada como um sintoma de causa do seu consumo da maconha. A tortulina, como vimos, fora um dos psicofármacos utilizados no tratamento de Carrano. Segundo Varella, esta injeção de haloperidol (tortulina) causava uma sensação tão horrível no corpo quanto o eletrochoque ou a eletroconvulsoterapia. Essa terminologia é definida por Varella, já que nos faz “lembrar do choque empregado como meio de tortura e punição. Por isso, hoje se prefere o termo eletroconvulsoterapia (ECT)” (VARELLA, 2015, p. 1).

A eletroconvulsoterapia consiste numa descarga elétrica no cérebro do indivíduo suficiente para causar convulsões. Estas sim, são as supostas ações que poderiam tratar ou melhorar doenças psíquicas, ou ainda atitudes consideradas agressivas por parte de alguns pacientes (VARELLA, 2015). O documentário lançado em 2001, com o título de *Passageiro de Segunda Classe*, de Luis Eduardo Jorge, nos dá a imagem do que estes relatos tentam desenhar. O documentário traz a realidade do hoje extinto Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia. A película mostra enfermeiros aplicando a chamada eletroconvulsoterapia em pacientes sem o menor cuidado. Em uma das cenas um homem coloca sua força sobre o corpo do paciente, enquanto outro aplica nas têmporas do interno a

¹⁸ “Sabe-se que em 1928 Ladislau Joteph von Meduna, de Budapeste, introduz o choque de metrazol na Psiquiatria. [...] E em 1933 Manfred Sakel, de Viena, introduz o tratamento de choque de insulina na Psiquiatria. [...] Em 1938 U. Cerletti e L. Bini, de Roma, introduzem o tratamento de choque elétrico na Psiquiatria.” (SZASZ, 1976, p. 286, 287).

descarga elétrica. Visualiza-se no rosto do indivíduo que aplica a descarga elétrica um sorriso perverso, como se aquele ato fizesse parte do cotidiano normatizante.

Sobre o eletrochoque ou eletroconvulsoterapia, os efeitos terapêuticos de tal procedimento não haviam sido comprovados. Ainda assim, já eram bastante usados, tornaram-se um procedimento bastante difundido por todo o mundo: “A utilização da convulsão com finalidades psiquiátricas iniciou-se com fármacos capazes de induzi-la. O relato mais antigo é do uso de cânfora [...] iniciado por volta do séc. XVI” (SILVA, 2012, p. 25)¹⁹.

Mesmo a eletroconvulsoterapia sendo um procedimento extremamente invasivo e sem grandes pesquisas que pudessem comprovar sua eficácia, Antonio Egídio Nardi a aponta como um avanço para cura de alguns transtornos mentais, usada em pacientes esquizofrênicos, para causar convulsões que prometiam curar enfermidades (2003, p. 15-16). No entanto, ainda se buscava um método que não fosse tão invasivo e que causasse menos efeitos colaterais. Até o surgimento dos psicofármacos, que prometiam tal efeito, o ECT foi por muito tempo aplicado em clínicas psiquiátricas no mundo todo.

A ECT, para Nardi, é considerada o melhor método para a remissão de sintomas depressivos graves, usada nos principais centros universitários e clínicas especializadas no mundo, inclusive no Brasil. O autor a classifica como “extremamente segura, não causa dano cerebral, e é indolor” (2013, p. 16). Pode ser aplicada até em mulheres grávidas sem risco para o feto nem indução de parto ou aborto. Seus efeitos colaterais, em geral brandos e transitórios, não são significativos. Não há sensação de choque nas sessões, pois o paciente está obrigatoriamente sedado. No entanto sabemos que esta descrição que Nardi faz da

¹⁹ O conhecimento de que o trauma encefálico, as convulsões e a febre alta podiam ser usados para amenizar distúrbios mentais não é novo na Medicina. Hipócrates foi o primeiro a notar que as convulsões induzidas por malária em pacientes insanos eram capazes de curá-los. Na Idade Média, alguns médicos observaram os mesmos fenômenos após um severo surto de febre, tal como o que ocorreu durante epidemias de cólera em asilos para doentes mentais. Em 1786, um médico chamado Roess observou que pacientes mentais melhoravam após a inoculação com vacina contra a varíola. Além disso, muitos médicos ao longo dos séculos notaram que havia poucos epiléticos que também eram esquizofrênicos, e uma teoria biológica sobre a incompatibilidade entre as convulsões e doenças mentais gradualmente se desenvolveu. É conhecido, também que durante muito tempo os médicos foram fascinados com a ideia de tratar doenças mentais e neurológicas usando a eletricidade. (SABBATTINI, 1997).

ECT não é fiel à maneira com que sua prática se deu desde sua inserção nas clínicas e hospitais psiquiátricos, tal procedimento não era seguido de nenhum tipo de preparo. O relato de Carrano em sua autobiografia nos ajuda a perceber essa discrepância entre a teoria da ECT e sua aplicabilidade. Também no documentário de Luis Eduardo Jorge e no filme *Bicho de Sete Cabeças* os pacientes sofriam tal aplicação sem sedação. Tinham seus corpos pressionados por enfermeiros, para que estes não se autoflagelassem com a força da descarga da ECT.

No entanto compreendemos que não é sabido contrapor discursos científicos, artísticos e ficcionais, mas neste caso tornou-se primordial, para formarmos nossa imagem dos acontecimentos da época, o que aprendemos com estas contraposições são perspectivas que surgem de pontos de vista opostos, mas que corroboram para a proximidade do discurso de Carrano.

Segundo estudo recente de Antonio Egidio Nardi, a eletroconvulsoterapia é reconhecida como um método para a depressão, apesar de vários medicamentos antidepressivos estarem disponíveis no mercado. Assim, o

uso de convulsões eletricamente induzidas – ou seja, da ECT – foi feita pelos médicos italianos Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964), em Roma, em 1938. A indução de crise convulsiva por meio elétrico, não invasivo, mostrou ser mais segura, rápida e levar a poucos efeitos colaterais. A partir de então, a ECT passou a ser considerada a única terapia biológica eficaz no tratamento de muitos transtornos psiquiátricos e, por duas décadas, até o final da década de 1960, foi o tratamento psiquiátrico mais usado para casos graves (NARDI, p. 19, 2013).

Ainda segundo Nardi, a ECT foi progressivamente sendo substituída com o surgimento de medicamentos psicotrópicos. Substituição esta que fora impulsionada pela contribuição do Movimento Antipsiquiátrico da década de 60 contra a ECT. Outros fatores também contribuíram para a diminuição do uso da ECT, como casos de abusos médicos no uso sem indicação precisa, além da ideia corrente de que a ECT era uma espécie de punição para comportamentos desviantes, e ainda a crença de que a mesma causaria dano cerebral irreversível (NARDI, 2013, p. 19).

Para o autor a ECT é indicada quando:

i) tentativa ou ideia prevalente de suicídio; ii) depressão grave; iii) agitação grave; iv) esquizofrenia refratária – ou seja, que não responde a

medicamentos e tratamentos convencionais; v) síndrome catatônica (quadro marcado por imobilidade, mutismo e falta de reação a estímulos externos) (NARDI, 2013, p. 19).

Importa ressaltar que o tratamento aplicado hoje em clínicas psiquiátricas através da eletroconvulsoterapia, da qual Nardi fala em seu estudo atual, não é o mesmo tratamento aplicado na década de 70 nos pacientes psiquiátricos internados em manicômios e hospícios. Na época, a hoje chamada ECT era aplicada sem nenhum tipo de anestesia. As dores eram imensas e normalmente não trazia os resultados desejados, já que a sua aplicação era feita sem preparos, e na grande maioria das vezes para abrandar comportamentos considerados desviantes e indesejados.

Segundo relato do amigo interno de Carrano, Rogério, a cura das enfermidades só aconteceria se o indivíduo assim quisesse. Nenhum remédio ou eletrochoque resolveria o problema da dependência química se o paciente não quisesse. Nem mesmo internado, tudo dependeria da força de vontade do próprio interno.

Essa busca incessante pela cura levou médicos a estudarem as maneiras de tratamento das psicoses²⁰ e doenças mentais. Entre estes estudos, podemos citar a febre induzida por malária para tratar a *paresia neurosifilítica*.

A paresia é a disfunção ou interrupção dos movimentos de um ou mais membros: superiores, inferiores ou ambos e conforme o grau do comprometimento ou tipo de acometimento fala-se em paralisia ou paresia. Neurosifilítica é uma expressão que diz que a paresia é de origem sifilítica, mas no estágio mais avançado da sífilis quando o sistema neurológico é comprometido (FERREIRA, 2011).

Realizaram-se também experiências com comas e convulsões induzidos por insulina para tratar esquizofrênicos. Nos anos de 1940 houve a utilização de metrazol²¹ para provocar convulsões em pacientes com psicoses afetivas e esquizofrenia. Por volta de 1938 foi que Ugo Cerletti desenvolveu a técnica de

²⁰ Aqui chamamos de psicoses os transtornos relacionados à mente.

²¹ Metrazol: um medicamento utilizado como um estimulante circulatório e respiratório; doses maiores causam convulsões em terapia de choque. Nos anos de 1934 começou-se a testar vários tipos de drogas convulsivas em animais, e logo depois em pacientes, também. Seu ideal era alcançar convulsões reproduzíveis e completamente controláveis. (SABATINI, 1997).

convulsoterapia elétrica. Técnica usada para tratar especialmente de pacientes esquizofrênicos, mas que, ao se espalhar para o mundo, outros psiquiatras começam a usar a mesma técnica para tentar curar pacientes com outras psicoses.

Apesar de grandes avanços, ainda não se chegou a uma fórmula de tratamento de muitas das psicoses que atormentam os seres humanos e entre elas está a esquizofrenia. A busca incessante por tratamento eficiente para tal enfermidade fez o mundo se debruçar a conhecer cada vez mais a doença e entender que internamentos asilares para esquizofrênicos eram desnecessários. Com o cuidado e dedicação dos familiares, podia-se tratar do doente em casa, com este tendo uma vida muito próxima da realidade e do convívio social.

Castel nos dá uma ideia do que o hospital poderia fazer com os indivíduos:

“amontoamento de seres humanos sem vínculo natural, com relações falsas e estúpidas: todas as vezes que juntam os homens, altera-se sua saúde, todas as vezes que juntam os homens num meio fechado altera-se, ao mesmo tempo, seus costumes e sua saúde” (CASTEL, 1978, p 55).

Talvez esta seja uma maneira de explicar a inserção de outras formas de tratamento e a relação que a sociedade manteve com a loucura e os insanos de todos os tipos.

Castel ainda nos apresenta uma perspectiva de como a política de saúde mental se modificou ao longo do tempo. Ele analisa o processo de setorização das instituições de terapêuticas, uma “noção médica de 'estabelecimento especial' permite escapar à aporia administrativa do híbrido 'estabelecimento misto' e aos problemas insolúveis de gestão e de rentabilização que ela coloca” (CASTEL, 1978, p 134).

Buscando outras formas de compreender estes insanos e a loucura que se abateria sobre estes indivíduos, se desenvolve o princípio da setorização. Na França a psiquiatria é regida por este princípio, confirmando uma política levada a cabo desde os anos 60, na qual cada zona geográfica corresponderia a um determinado serviço em um hospital de referência. Setorizando assim a área de cobertura do saber e poder médicos e suas diversas formas:

A noção de "isolamento terapêutico" é o maravilhoso operador dessa

alquimia. O isolamento terapêutico, como dissemos é, segundo Pinel, Esquirol e toda a tradição alienista, a atividade médica que "opera uma diversão no delírio", "modificando a direção viciosa da inteligência e das afeições dos alienados". É a primeira medida a ser tomada, e urgentemente [...] pois constitui uma condição necessária a cura. O isolamento terapêutico não é, portanto, um sequestro, ato arbitrário de uma autoridade usurpadora, é uma internação requerida pela situação particular do alienado. [...] Através dela, o espaço de detenção se tornou o melhor meio terapêutico e, reciprocamente, o "estabelecimento especial" garante um isolamento tão eficaz quanto a melhor das prisões (CASTEL, 1978, p 136).

No entanto, como Castel salienta, dizer ou classificar ganhadores e perdedores seria algo mais delicado, pois envolve subjetividades múltiplas. Alienados, doentes, médicos e a medicina: todos mudaram de lugares e de perspectivas sobre as situações envolvendo a loucura ao longo do século XX. Inegavelmente houve uma "metamorfose no sistema". No entanto esta metamorfose não efetivou necessariamente a solução dos problemas dos doentes e dos alienados, pois a mudança nas formas terapêuticas de medicalização tem por efeito, muitas vezes, um deslocamento dos problemas de socialização e não necessariamente sua resolução:

Curar se for possível, prevenir perigosos desvios, tal é o dever imposto pelas leis da humanidade e da preservação social. Não há mais golpe de força, arbítrio e escândalo, mas solução maduramente refletida, que leva em consideração todos os interesses presentes (CASTEL, 1978, p 137).

Uma tentativa de buscar explicações para estas fugas entre o corpo e a alma pode residir no esforço de se compreender o tratamento ao qual estes indivíduos eram submetidos, tratamentos estes que no seu limiar levavam a estes conflitos entre corpo, alma e mente ao seu extremo. Tratamentos psiquiátricos e o uso da farmacologia poderiam causar ou mesmo produzir formas de alienação? A farmacologia surge sob esse tipo de questionamento: "como tentativa de modificar ou corrigir comportamentos, humores ou pensamentos patológicos pela química e outros meios físicos" (KAPLAN, 1997, p.809).

Isso significa que o uso da farmacologia para tratamentos de doenças mentais acabaria criando no doente um tipo de psicose irreversível se não fosse interrompida a tempo, já que aqueles doentes crônicos, tão temidos por Carrano, seriam a

provada realidade do temido canto dos malditos. A farmacologia deveria corrigir comportamentos e acabava por constituir indivíduos incompreensíveis a eles mesmos, prisioneiros da própria mente.

Os tratamentos medicamentosos que surgiram ao longo da história para a cura e/ou tratamento de doenças mentais é empírico, assim: “em vista do conhecimento incompleto envolvendo o cérebro e os transtornos que o afetam, o tratamento medicamentoso dos transtornos mentais é empírico” (KAPLAN, 1997, p. 809). Essa análise de Kaplan sobre os fármacos nos mostra uma explicação do porquê de os tratamentos dos chamados transtornos que envolvem a mente serem tão irregulares e variarem de indivíduo para indivíduo, e das formas possíveis de reação do corpo à substância administrada. Nestes tratamentos a empiria pode variar e não ter grande eficácia em todos os casos nos testes laboratoriais. Podemos, dessa maneira, dimensionar como tratamentos que ao longo da história surgiram como soluções para o controle da loucura, e principalmente para a esquizofrenia, mas que não se efetivaram na prática.

Ainda segundo Kaplan, a psicofarmacologia não é uma ciência exata e não é: “um diagnóstico e um comprimido”. Envolve muitos outros fatores, como a percepção, a relação do paciente com a família, com o médico, com a equipe médica, com o ambiente, e até mesmo a relação do paciente com sua doença, e pode intervir na forma como o medicamento poderá agir no seu organismo. Para alguns o medicamento pode ser a cura, para outros, uma violência.

2.3 Psicocirurgias: lobotomia e leucotomia

Nesta busca incessante por decifrar e curar pacientes de enfermidades ainda desconhecidas, temos as chamadas psicocirurgias, que podem nos parecer aterrorizantes, mas que são procedimentos que se espalharam por clínicas e hospitais psiquiátricos no mundo todo. No Brasil, apesar do descompasso em relação à psiquiatria do restante do mundo, este tipo de procedimento se espalhou

pela maioria dos estados brasileiros, como no Rio de Janeiro, Paraná, Goiás, Bahia, Pernambuco, Alagoas, Rio Grande do Sul, Maranhão. Esses procedimentos eram considerados eficazes em abrandar pacientes considerados agressivos e que sofriam de doenças mentais. Ainda que agressivas, as psicocirurgias eram procedimentos que fizeram parte da história da psiquiatria em todo o mundo.

André Luis Masiero aponta que na década de 30 tínhamos duas grandes técnicas apresentadas como bem-sucedidas no controle de algumas doenças mentais e na modificação de comportamentos inadequadas. A lobotomia frontal foi uma técnica desenvolvida por Walter Freeman (1895-1972) e James Watts (1904-1994). Já a leucotomia, também conhecida como ‘psicocirurgia’, foi uma técnica desenvolvida pelo neurologista português António Egas Moniz em 1935. Amplamente disseminada no mundo como tratamento de algumas doenças mentais ou em indivíduos que apresentavam comportamentos agressivos e desviantes. Masiero nos aponta que na década de 60 a neurocirurgia já era um procedimento presente nos hospitais de quase todo o Brasil, que praticava uma técnica hoje considerada assustadora e agressiva, mas que prometia curar doentes e tinha como objetivo acalmar pacientes internados que apresentavam comportamentos agressivos.

Masiero ressalta que a medicina nunca chegou a um consenso técnico sobre a eficácia dessas psicocirurgias para o tratamento de doenças mentais, fato que não impediu a sua utilização em mais de mil pacientes em um período de vinte anos de prática no Brasil.

Extremamente invasiva e perigosa em seus primórdios, a porcentagem de óbitos em decorrência da cirurgia era alta, em torno de 2%, além das complicações que poderiam advir desta prática, como hemorragias cranianas, inflamação das meninges, infecções, ou sequelas indelévels como hemiplegia e paraplegia, caso áreas motoras do cérebro fossem atingidas durante a cirurgia, o que era comum (MASIERO, 2003, p. 551).

A maneira como a sociedade e a medicina tratavam seus pacientes considerados doentes mentais começa a se desenhar de forma bastante perigosa, pois estas técnicas tinham por “finalidade conseguir uma modificação de comportamento ou eliminação de sintomas psicopatológicos” (MASIERO, 2003, p.

552). E para eliminar estes sintomas não se obedecia a parâmetros ou regras.

Em 1989, Eduardo Aquino nos apresenta uma visão que colocava o Brasil como um país bastante atrasado em relação aos estudos psiquiátricos. Nas suas palavras: “o Brasil segue a produzir loucos que são pessoas normais, aprovar hospitais desnecessariamente e a estimular a microcorrupção, misturando esquizofrênicos com desempregados e psicopatas com toxicômanos” (AQUINO, 1989, p. 110). Esta crítica de Eduardo Aquino reverbera na Curitiba de 1974, quando Austregésilo Carrano Bueno é internado em um hospital psiquiátrico, espaço de loucos, doentes, esquizofrênicos, e também nesse caso de toxicômanos.

Ainda sobre estas psicocirurgias e sua implementação no Brasil, Masiero discorre sobre o caso de uma mulher de 24 anos:

(...) que fora submetida a vinte aplicações de eletrochoque e quarenta comas insulínicos sem que seu quadro de esquizofrenia hebefrênica fosse alterado. Submetida à leucotomia pré-frontal, com cinco cortes em cada lobo, diz o cirurgião, a paciente se recuperou completamente e depois de um mês teve alta, voltando a conviver com a família. (MASIERO, 2003, p. 558).

Um relato bastante complexo. Como seria possível uma pessoa passar por mais de cinco cortes no lobo frontal e ainda conviver normalmente com sua família? Casos de esquizofrenia que são relatados como casos resolvidos por essas psicocirurgias, que na sua grande maioria eram de indivíduos que, no quadro, desenvolviam atitudes agressivas e agitadas. Logo depois de serem submetidos a estes procedimentos se tornavam indivíduos calmos, passíveis de convívio familiar. Fato suficiente para que médicos e familiares entendessem essa passividade como cura.

A partir do momento em que os primeiros casos de sucesso das psicocirurgias começam a ser praticados no Brasil, a técnica se disseminou de forma generalizada na psiquiatria brasileira. A técnica vai se aprimorando nas próprias cirurgias realizadas, seguindo o método do erro/acerto. Em relação a estes tratamentos psicocirúrgicos, um impasse ético latente consistia na definição de cura desses pacientes, pois para que pudessem ser considerados curados deveriam voltar a vida “normal”, trabalhar e conviver em sociedade. Mas a possibilidade de reabilitação

para alguém que teve parte do cérebro destruído por uma psicocirurgia é, no mínimo, duvidosa. O que se alcançava com estas psicocirurgias não era exatamente a cura, mas uma aparente docilidade dos pacientes. No contexto da recepção desses tratamentos no Paraná, temos que:

A Neurologia no Paraná iniciou-se ligada à Faculdade de Medicina, inaugurada em 1914. Como nos demais centros do país, o início da Neurologia em Curitiba esteve ligado à Psiquiatria, sendo os neuropsiquiatras os responsáveis pelo tratamento das doenças neurológicas. A Neurocirurgia no Paraná iniciou-se com José Portugal Pinto. (...) Chegou em Curitiba em 1956, iniciando sua atividade neurocirúrgica no Hospital Colônia Adauto Botelho, um hospital psiquiátrico, no qual realizava principalmente psicocirurgia. Além da Neurocirurgia dirigida à Psiquiatria, realizava também procedimentos neurocirúrgicos convencionais. E passa a operar, paulatinamente, em vários hospitais de Curitiba e do interior do Estado (GUSMÃO; SOUZA, 2008, p.180).

Essas psicocirurgias, ainda que pouco estudadas pela medicina na época, tinham outros agravantes que deram densidade às críticas realizadas à sua efetividade nas décadas seguintes: eram aplicadas em ambientes insalubres que segregavam os pacientes, dificultando ainda mais o tratamento da doença. Desse modo, “tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita domínio da loucura. Pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso – e nesse sentido o louco está no hospital como em uma prisão – mas é incapaz de atingir sua loucura” (MACHADO, 1978, p. 423). A análise destes fatos pode nos ajudar a compreender como a sociedade e a psiquiatria compreendiam as diferenças entre as doenças mentais entre os sujeitos antissociais: os rebeldes e outros tantos casos que acabavam levando jovens e adultos ao enclausuramento em hospitais psiquiátricos e colônias em todo o país.

Desse modo, a relação da sociedade com a loucura, o modo como encaramos esta doença em sociedade ao nos depararmos com sua presença através da vivência de Carrano agora, que através do internamento não fazia mais parte da sociedade que julgava os doentes e os taxava de loucos e outros tanto adjetivos.

Carrano sentia algo desconhecido que não podia compreender. Talvez fosse medo ou sentimento de exclusão. Parecia mais que algo literalmente desconhecido: “Medo é mais assustador quando difuso, disperso, indistinto, desvinculado,

desancorado, flutuante, sem endereço nem motivos claros” (BAUMAN, 2008, p. 8), todos estes sentimentos confusos juntos habitavam a mente do jovem Carrano: assustador, difuso, disperso, indistinto, flutuante.

2.4 O médico e o tratamento

Ernani Simas Alves e Mario Piloto escreveram biografia intitulada “*Alô Ticoulaut Guimarães: uma vida ilustre dedicada à Medicina e ao Ensino da Psiquiatria*” (1994). Esta biografia compõe a galeria médica do Paraná em seu volume XVIII, e nos mostra um médico dedicado à sua profissão, atento às pesquisas que ocorriam fora do país e disposto a aplicá-las em seus pacientes na ânsia de melhorar seus males ou até curá-los.

A imagem construída na biografia do médico Alô Ticoulaut Guimarães²² (12/12/1903 – 04/03/1985) é completamente oposta à que seus pacientes fazem dele. Alô T. Guimarães é apresentado por Rogério, amigo de Carrano, e também paciente do médico no Hospital Bom Retiro, como um “sádico”, um “psicopata”. Segundo Rogério, se Carrano caísse nas mãos dele, queimaria todos os seus chifres, o temido eletrochoque, que Carrano abominava nas conversas lá fora entre os amigos e que agora dentro do hospital psiquiátrico parecia mais perto e mais real do que nunca.

Dr. Alô Ticoulaut Guimarães parecia valorizar muito a relação com o hospital, em detrimento da relação com seus pacientes, como se os mesmos estivessem ali

²² “Alô foi o nome dado ao 5º filho do casal Theodorico Gonçalves (Estella Ticoulaut) Guimarães. Nasceu na casa da família à Rua Aquidaban (hoje Emiliano Pernetá) em 12 de dezembro de 1903. Viveu a infância humildemente, pois apesar do pai oficial das Forças Armadas, a família era composta de mais de 9 irmãos. Pelo lado paterno descendia de trono paranaense tradicional, sendo seu pai neto do Visconde de Nacar, líder político e empresarial do Paraná no final dos anos 1800. Sua mãe originária da cidade do Rio Grande do Sul (RS), veio a Curitiba ainda jovem. (...) Cursou os estudos primários no Colégio Júlio Teodorico, na própria Rua Aquidaban, seguindo-os no Colégio São José, sempre com desempenho exemplar. Os estudos secundários foram feitos no famoso Ginásio Paranaense, situado à Rua Ébano Pereira, construção imponente onde abriga hoje a Secretária estadual de Educação e Cultura. Ao final deste período, já na falta de seu pai, e tendo em vista uma maior facilidade na época, foi orientado pela mãe a seguir carreira militar. Nesta ocasião, o jovem Alô manifestou a sua inclinação para a área médica” (ALVES; PILOTO, 1994, p. 2).

naquele cenário executando papéis secundários. E essa visão fica ainda mais clara em um de seus artigos publicados na *Revista Médica do Paraná*. Artigo esse proveniente de um discurso em aula inaugural aos cursos médicos da Faculdade de Medicina do Paraná, em março de 1938, e publicado no mesmo ano, no qual o médico defende tratamentos insulínicos para a esquizofrenia. Nas suas palavras:

Foi achado o caminho certo e eminente se anuncia a decretação de mais uma grande vitória no campo da ciência pura, muito próximo se enxerga a solução de um problema médico de tão grande repercussão para a humanidade que a alegria deve brotar no espírito de todo e a esperança renascer no coração das famílias nas quais se hajam constatado casos dessa entidade mórbida dolorosa, embrutecedora e catastrófica (GUIMARÃES, 1938, p. 130).

A atuação do médico na defesa desses tratamentos desde muito cedo na área psiquiátrica no Paraná nos mostrando um médico envolvido nas pesquisas mais recentes de sua época e disposto a aplicar técnicas estudadas fora do Brasil. Técnicas estas que, segundo seu discurso, prometiam melhora significativa dos males ou até a cura, em alguns casos. As ressalvas cabem nas análises dos textos científicos de Alô Guimarães em contraposição à imagem construída do médico a partir da sua biografia: um médico atento às pesquisas e ao que havia de mais moderno na área psiquiátrica no mundo.

A figura pública de Alô T. Guimarães não se distancia de sua imagem diante da família e amigos, compondo a figura de um homem dedicado e disposto ao trabalho intenso, tanto no exercício da medicina, quanto do tempo em que fora professor.

E foi assim com modéstia, simplicidade e humildade até, que Alô Guimarães galgou as mais altas posições no seio da comunidade paranaense, senador da república, secretário de estado, prefeito de Curitiba, professor universitário, presidente da Cruz Vermelha e do Jóquei Clube, figura permanentemente sugerida para todas as ações que demandassem cultura, erudição e inteligência. Um eleito de realces e alcançados sem ferir ninguém, sem molestar ninguém, sem disputas e sem desavenças, conquistado ao envolver dos méritos e não confrontos (ALVES e PILOTO, 1994, p. 24)

Alô T. Guimarães apresenta-se como figura importante para a história da psiquiatria no Paraná, assim como Austregésilo Carrano Bueno é personagem importante para a Reforma Psiquiátrica e para o Movimento Antimanicomial

brasileiro. Assim, temos duas figuras importantes para a compreensão de um momento histórico, figuras que têm seus caminhos cruzados e esse cruzamento marca suas vidas. Dessa maneira, como compreender a assertiva que o Dr. Alô T. Guimarães estava tentando aplicar a seus pacientes? Este “teve função de representante nomeado e reprodutor do saber científico. [...] Professor especialista, responsável pela transmissão das últimas descobertas científicas na área” (LIMA; HOLANDA, 2011, p. 365). Suas publicações demonstram que ele estava sempre atualizado das últimas descobertas em relação a tratamentos e curas de doenças psiquiátricas.

Na tentativa de compreendermos fatos e acontecimentos da época, nos deparamos com dois discursos antagônicos. Um composto por um antigo paciente que apresenta em sua autobiografia um ambiente extremamente insalubre, sem perspectiva nenhuma de cura e/ou tratamento. Lugar este que, segundo a Reforma Psiquiátrica, deveria ser fechado e extinto, pois causara mais danos do que bem à saúde da população que se submetia a tratamentos nesse espaço.

Do outro lado, temos um médico formado, com título de doutorado, bem-visto na família e em sociedade e que por sua vez nos é apresentado em sua biografia como o gestor de um ambiente em pleno desenvolvimento, que unia todos os aparatos capazes de melhorar significativamente o estado mental de muitas doenças que pairavam sobre a saúde da população. Homem de ciência capaz até de curá-las. Apresenta-nos pesquisas com novos métodos para tratamentos de doenças psiquiátricas. É um médico, como relatado em sua biografia, incapaz de fazer mal a qualquer pessoa.

Essa imagem da perfeição ética passa muito longe das conversas que Carrano costumava ter com o enfermeiro subordinado ao médico. Carrano criticava veementemente a atitude do tão famoso médico que nem havia conversado com ele e ainda assim era capaz de diagnosticá-lo. Já estava lhe aplicando medicamentos intensivamente, além das sessões de eletrochoque. Mas o enfermeiro, já conhecendo a fama de Alô Guimarães, saiu na defesa do mesmo e disse a Carrano que este era um dos melhores do Paraná e que, só ao entrar no pátio e vê-lo, ele já o tinha examinado.

Carrano, mesmo muito jovem, compreendia alguns procedimentos médicos que para ele eram necessários em qualquer diagnóstico. Por isso a indignação ao ser internado contra sua vontade e não ser minimamente consultado pelo médico sobre a sua condição. Não teria tido a oportunidade de dar-lhe explicações e de tentar convencê-lo de que ele não era um viciado.

Não podemos determinar a relação de Carrano com seu médico, pois pelos seus relatos os encontros eram inexistentes. O doutor aparecia apenas nas sessões de eletrochoque. Esporadicamente no pátio, uma vez ou outra. O que é perceptível é que temos duas imagens do médico bem delineadas: um homem que não lhe cabiam defeitos, apenas qualidades, que exercia múltiplas funções. Era político, professor, chefe de família, bom marido, um bom pai, bom médico, que fazia de tudo para ajudar seus pacientes com suas enfermidades e que, no caso de Carrano, estaria aplicando o que havia de mais atual em tratamento para sua enfermidade. As psicocirurgias, o eletrochoque e os psicofármacos eram tratamentos de ponta nesse período e que estavam sendo estudados e aplicados em pacientes psiquiátricos com todo tipo de enfermidade possível.

Assim, tentando entender esta relação conflituosa de Carrano com o Dr. Alô T. Guimarães, precisamos analisar as dimensões das relações médico-paciente nos ambientes terapêuticos. Segundo Robert Castel, ao analisar essa relação pôde verificar que:

A internação em um "estabelecimento especial" é o elemento determinante que condiciona esse status. Portanto, o essencial na "medicalização" da loucura não é a relação médico-doente, implicação posterior e, durante muito tempo secundária. O importante é a relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desenrolar de um novo tipo de poder na instituição, a aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas, inicialmente, no baluarte asilar (CASTEL, 1978, p. 40).

Nessa relação medicina/hospitalização, podemos compreender a atitude do Dr. Alô T. Guimarães para com Carrano e, virtualmente, outros pacientes. Isso significa que, segundo a perspectiva de Castel, o médico estaria tão preocupado com a relação da medicina com o hospital, o que não implica ignorar a relação dele como médico com seu paciente, suas técnicas seus modos de recepção e apreensão dos

doentes. A própria relação médico/doente pode ser resumida em uma ficha na qual estariam todas as informações necessárias para entender o que se passa com o paciente.

A partir de momento em que a família do jovem Carrano resolve interná-lo no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro, passa ao médico e aos enfermeiros todas as informações que permeiam a vida do jovem, transformando-o numa ficha, num conjunto de dados cruzados. Ficha esta que futuramente poderia fazer parte de algumas estatísticas de curados ou de incuráveis. Podemos, dessa maneira, traçar um perfil possível do médico Alô Ticoulat Guimarães.

CAPÍTULO 3

No contexto da Reforma Psiquiátrica

"Nenhum passado é maior do que seu presente e tudo o que na história pode se apresentar com ar de grandeza, meu saber metuculoso lhes mostrará a pequenez, a crueldade, e a infelicidade".

Michel Foucault, 2003, p. 20

3. 1 O louco: no hospital ou na sociedade

Iniciamos este capítulo com algumas concepções e tentativas de compreensão da ideia de 'loucura', passando assim por uma breve análise do contexto internacional da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica em outros países. De outros países, passamos a compreender de forma mais clara a psiquiatria brasileira e a recente Reforma Psiquiátrica brasileira, lembrando e relacionando ai nosso personagem Austregésilo Carrano Bueno, que enquanto vivo lutou ativamente para a efetivação de tal Reforma Psiquiátrica em nosso país. É claro que em nossas análises não poderíamos deixar de fora o filme *Bicho de Sete Cabeças* e seu papel preponderante na publicização dos problemas pelos quais a psiquiatria em nosso país passava e necessitava de uma reforma. Ao final do capítulo tentamos mostrar como a compreensão da loucura demanda longos processos e que ao longo da história como demonstramo neste estudo foi se modificando e alterando nossas compreensões da loucura.

Segundo Michel Foucault no século XVIII existem três tipos de loucura. A primeira delas, a da "vã presunção", que seria a mais extremada de todas. Aquela em que o indivíduo mantém uma relação imaginária consigo mesmo: "Nela

engendram-se os mais quotidianos de seus defeitos. Denunciá-la é o elemento ao mesmo tempo primeiro e último de toda crítica moral” (FOUCAULT, 2005, p. 38). Já a loucura do justo castigo é aquela que pune um coração abalado através das desordens do espírito, que pune o louco para todo o sempre, com as suas desordens e seus fantasmas, que para si se tornam reais. É a sua verdade sendo gritada aos quatro ventos. A última das loucuras é a da paixão desesperada. Aquela entre o amor e a loucura e, enquanto este objeto amado está presente, o amor impera, depois que este se vai, pela morte, por exemplo, a loucura toma o lugar no espírito do indivíduo e então a loucura da paixão desesperada impera.

Michel Foucault nos apresenta assim três tipos de loucura. Doravante esses pensamentos e atitudes sobre a loucura e o louco são conduzidos a partir de uma aparência, a aparência do controle do louco. Ou do domínio que a sociedade acredita ter sobre eles: “Não se pode supor, mesmo através do pensamento, que se é louco, pois a loucura é justamente a condição de impossibilidade do pensamento” (FOUCAULT, 2005, p. 46). Esta incerteza da loucura toma conta de boa parte do mundo. A sensação que se transmite é que o louco está agora tão inserido na sociedade que trouxe ele para junto de si essa mesma sociedade, e que agora não sabe mais separar o cidadão insano do cidadão sadio.

No final do século XVII os leprosários já eram chamados de hospitais gerais, e neste período não tinham um caráter médico, e sim de poder real de “limpeza social”. Ou seja, “limpar” dos olhos da sociedade o que lhe causa estranheza, o que não se adequava às suas estruturas hierarquizantes: “um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam uns aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano” (FOUCAULT, 2005, p.14). Assim, a confusão estabelecida entre loucos e sadios, todos perdidos entre a sociedade e o hospício, entre a liberdade e o enclausuramento, era frequente.

No final do século XVIII, a loucura recebe este reconhecimento como patologia nos apresentando um novo cenário em formação, pois, se ela é doença, logo deve ter cura, ou ao menos, deve-se buscar uma cura, alívio ou controle. Neste novo cenário o médico tem papel fundamental, tendo em vista que é ele que vai

“manipular” a doença e torná-la de certa forma um problema social, ou seja, agora toda a sociedade deveria se preocupar com este novo cenário.

Obstáculos foram encontrados na naturalização da loucura e no modo como a sociedade foi normatizando seus processos, como ela foi absorvendo a loucura em seu dia a dia. Michel Foucault afirmara que a loucura era doença da alma e do espírito. Quando o corpo padecia, a alma entendia, mas, quando a alma se martirizava, o corpo não compreendia, de modo que a prática do internamento era uma medida que consentia nos homens de bem o julgamento da loucura e um julgamento que se resolvia no isolamento do indivíduo do convívio social.

As práticas do internamento e da hospitalização nem sempre estiveram associadas. Internava-se qualquer um: pobre, mendigo, doente, violento. Práticas estas que não estavam ligadas a um problema que seria resolvido no internamento. Estas práticas estavam ligadas à religião. Então o internamento era um período para o indivíduo pensar e refletir sobre os problemas que estava causando na sua comunidade. Logo, a presença de médicos não era frequente, de tal modo que, com a crescente compreensão da loucura como uma patologia, a presença dos médicos gradualmente se torna necessária através de uma inserção lenta e, por vezes, não efetiva. E é na chamada Era Clássica (século XVIII) que a ideia de cura toma corpo e forma e passa a suprimir a panaceia da cura de todos os males. Os médicos começam a remediar as etapas visíveis da loucura: “Agora a terra do internamento adquiriu poderes próprios, tornou-se por sua vez terra natal do mal, e doravante vai poder espalhar-se por si mesma e fazer reinar um outro terror” (FOUCAULT, 2005, p. 353).

É o reaparecimento do louco na paisagem social. A presença dos loucos na paisagem social cresce e cria novos imaginários negativos mais difíceis de serem vencidos, de tal modo que:

Assusta-se com um mal muito misterioso que se espalhava, diz-se, a partir das casas de internamento que logo ameaçaria as cidades. Fala-se em febre de prisão, lembra-se a carroça dos condenados, esses homens acorrentados que atravessam as cidades deixando atrás de si uma esteira do mal. Atribui-se ao escorbuto contágios imaginários, prevê-se que o ar viciado pelo mal corromperá os bairros habitados. E novamente se impõe a grande imagem do horror medieval, fazendo surgir, nas metáforas do

assombro, um segundo pânico. A casa de internamento não é mais apenas o leprosário afastado das cidades: é a própria lepra diante da cidade. (FOUCAULT, 2005, p. 353).

O medo fantasiado espalha-se rapidamente como uma ameaça carregada de valores perniciosos, e os habitantes das cidades sentem-se cada dia mais impregnados de podridão que a loucura trazia aos seus ares. Portanto, não é no pensamento médico que a doença enfrenta seus maiores perigos, mas no conhecimento de que sua medida é um delírio patológico ou uma realidade maléfica que tomava conta das cidades. O medo diante do isolamento, da relação com que a loucura vai, aos poucos, se apropriando da cidade. Experiência sem conhecimento é a relação da loucura com as comunidades, os indivíduos acabavam por terem experiências quase sempre traumáticas com os loucos, não as reconhecendo em profundidade. Seus males, falhas, necessidades, desse modo, sem conhecer quer se afastar dela e da comunidade: “Mas o louco desvenda a verdade terminal do homem: ele mostra até onde puderam levá-lo as paixões, a vida em sociedade, tudo aquilo que o afasta de uma natureza primitiva que não conhece a loucura” (FOUCAULT, 2005, p. 512). A presença da loucura mostrava ao homem sadio o quanto sua verdade era profunda, até onde o homem podia chegar em seus limites testados.

Essas questões dominaram os cenários acadêmicos por muito tempo. Um autor brasileiro que nos apresentou uma concepção de loucura foi Machado de Assis, em *O Alienista*, publicado pela primeira vez em 1882, no livro *Papéis avulsos*. Na história, a narrativa chega a afirmar que: “Um médico deve cuidar da saúde da alma dos doentes. Um verdadeiro médico deve cuidar dos loucos” (ASSIS, 2009, p. 9). E, partindo desse primeiro pressuposto, Simão Bacamarte, o personagem principal da obra de Machado, pode nos ajudar a compreender alguns aspectos reais da loucura e de como uma sociedade se comporta diante desta loucura. Bacamarte resolve criar um hospital para cuidar destes doentes que, segundo ele, ficavam esquecidos pelos seus habitantes, perdidos em meio a uma sociedade alheia. Assim surge a Casa Verde, na qual Simão Bacamarte dizia ter como objetivo:

É claro que me interessa a caridade, pois é como disse São Paulo: “Se eu

conhecer tudo o que é possível conhecer, e não tiver caridade, eu não sou nada”. Mas para mim ela é só o tempero. O que me interessa mesmo é estudar a loucura, descobrir as causas e os remédios para curar as pessoas. Fazendo isso, acho que presto um bom serviço para a humanidade (ASSIS, 2009, p. 11).

Machado de Assis, pela boca de Bacamarte, mostra uma interessante definição da loucura, na qual se afirma que o normal era ser desequilibrado esporadicamente, e o louco era um ser equilibrado o tempo todo. Logo, a loucura se centra na normalidade. Segundo Bacamarte, quanto mais equilibrado for o sujeito, mais louco ele será. Depois de alguns casos analisados, o nosso cientista chega à conclusão de que ninguém é equilibrado por completo, todos têm um pontinho de desequilíbrio. Logo, a loucura não existe.

Tanto na narrativa de Machado de Assis quanto nas de Michel Foucault, é eminentemente perceptível a *criação* da loucura pela sociedade. A sociedade em que Carrano vivera tinha a sua compreensão do uso de drogas, o fato de ele usar drogas e alucinógenos e ainda assim não perder o domínio de suas ações, atos, sensações, e vontades. Carrano estaria em meio a uma sociedade que tateava os limites de onde podem chegar atitudes regadas pelo uso de drogas e alucinógenos, para classificá-las ou não como indevidas.

No Brasil não era diferente, as transformações eram necessárias e evidentes. Este tipo de instituição servia até então de “depósito humano”, pessoas desprezadas por suas famílias acabavam vivendo suas vidas inteiras dentro de instituições psiquiátricas, e em muitos casos nem possuíam problemas psiquiátricos diagnosticados. Mostrando estes males que a sociedade brasileira acumulava e sustentava, Daniela Arbex publicou um livro que apresenta o hospital psiquiátrico de Barbacena em Minas Gerais, como uma colônia que recolhia pessoas sob todas as alegações. A exemplo, temos o caso do paciente Antônio:

Antônio Gomes da Silva, sessenta e oito anos, foi um dos pacientes encaminhados para o hospital, aos vinte e cinco anos. Há poucos registros sobre o passado de Cabo, como Antônio foi apelidado. O que se conta sobre ele é que o desemprego se somou à bebedeira e ao “descontrole dos negócios”, como Antônio diz, resultando em sua prisão. Hoje, passados mais de quarenta anos do episódio, o Cabo não sabe mais o motivo pelo qual foi mandado para o Colônia pela caneta de um delegado no dia 3 de

janeiro de 1969. (...) Antônio fala baixo, quase como se não quisesse lembrar. Tem o rosto apoiado às mãos, e, apesar da estatura alta, parece querer esconder-se de si mesmo. Dentro da unidade, manteve-se calado durante vinte e um dos trinta e quatro anos em que ficou internado. Considerado mudo, soltou a voz, um dia, ao ouvir a banda de música do 9º batalhão da Polícia Militar. – Por que você não disse que falava? – perguntou um funcionário da unidade, surpreso com a novidade. – Uai, nunca ninguém perguntou. O Cabo também passou a vida assinando documentos com as digitais. Até descobrirem que ele sabia escrever o próprio nome. Deixou o hospital em 2003, para morar numa residência terapêutica de Barbacena, uma das vinte e oito mantidas pela prefeitura da cidade em parceria com a ONG Instituto Bom Pastor. Quando se viu fora dos muros do hospital, não sabia como sobreviver sem amarras (ARBEX, 2013, 31).

Como Antônio existiram muitos outros que tinham no hospital psiquiátrico uma casa e uma prisão, que com o passar dos tempos se tornava parte da vida desses indivíduos. Assim, a sociedade não compreendia a função dos hospitais psiquiátricos e por tal motivo atribuía-lhes o título e a função de depósitos humanos, e assim se constituiu o conjunto de pacientes internos de muitos hospitais por longos anos. Pessoas que, sob as mais variadas alegações de não se inserirem nas normas sociais (como desempregados, mulheres que tinham filhos antes de se casarem, jovens rebeldes), eram passíveis de internamento. E, em alguns casos, o internamento poderia ser para a vida toda:

Retirado do convívio social por quase meio século, ele jamais poderia imaginar que agora era o dono do seu tempo e que tinha ele mesmo o poder de clarear ou escurecer o ambiente com um simples toque no interruptor. Além de nunca ter visto um apagador de luz, ser dono de si era uma novidade para quem viveu décadas de institucionalização. Para Antônio, no entanto, se desvencilhar do Colônia foi tão difícil quanto mudar de endereço. O hospital estava ali, marcado não só em seu corpo, mas também impregnado em sua alma. (ARBEX, 2013, p. 33).

Assim, Carrano, Conceição, Antônio e muitos outros internos de hospitais psiquiátricos espalhados pelo Brasil foram vítimas não de um médico ou da família de maneira localizada e subjetiva, mas vítimas de uma sociedade conservadora e “carente de liberdade”, como disse o próprio Carrano em sua autobiografia. Estes indivíduos que se apresentavam indiferentes às normas sociais e às leis de uma família eram enclausurados e apartados do convívio social amplo. Uma das internas na Colônia de Barbacena, chamada Sueli, “alegando estar faminta, pegou uma

pomba no pátio, estraçalhou-a e comeu na frente de todos. (...), mas ninguém conseguiu enxergar o óbvio (...) tratada como bicho ela se comportava como um” (ARBEX, 2013, 125).

Entender a ideia de loucura e o comportamento desses indivíduos dentro e fora desses hospitais psiquiátricos não é uma tarefa fácil, pois a loucura como uma doença esteve presente de variadas formas ao longo da história da humanidade e se modificou conforme a sociedade alterava a sua ordenação cultural, política, econômica. Em diferentes momentos históricos “o louco” não é um sujeito definido, nem sempre internado. Muitas vezes está no convívio social. Há uma variabilidade grande dos tratamentos e posições sociais do louco em sociedade, como tão bem mostraram os trabalhos de Foucault dos anos de 1960, especialmente o *Nascimento da Clínica* e a *História da Loucura na Idade Clássica*²³.

O louco se torna louco numa relação de alteridade permanente. A loucura busca na subjetividade de seus detentores a sua racionalidade. Racionalidade esta que vem de encontro ao reconhecimento da mesma como uma doença, uma patologia. A busca de um novo espaço que passe da subjetividade coletiva à individualidade singular, sendo aí alcançado o título de doença, também habitando um novo espaço, se insere nesta nova modalidade de saber, de reconhecimento e de conhecimento. O que não significa estabelecer tipologias de loucura, mas sim um pensamento coletivo capaz de interpretar esta patologia, que há muito tempo foi considerada um grande mal da humanidade.

Essa perspectiva pode contribuir para a compreensão de internações esporádicas de desempregados, adolescentes grávidas, mulheres exigindo para si o que era considerado domínio dos homens, jovens rebeldes, ou simplesmente pessoas que desagradaram de alguma maneira outras mais fortes e influentes. Estes espaços de internamento começaram a abrigar todo tipo de pessoa, de excentricidades humanas. Pessoas que necessitavam de tratamento, e pessoas completamente sãs que tornaram-se loucas. Citemos o exemplo de uma menina de

²³ Para uma melhor compreensão desta perspectiva de mudança do conceito de loucura, e de todas as suas transformações ao longo da história, consultar: FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

quinze anos que foi para a Colônia em Barbacena:

Aos quinze anos, foi mandada ao hospital, porque decidiu reivindicar do pai a mesma remuneração paga aos filhos machos. Embora trabalhasse como os irmãos na fazenda de Dores do Indaiá, município pouco povoado do centro-oeste das Gerais, a filha do fazendeiro não desfrutava dos mesmos direitos. Pela atitude de rebeldia da adolescente, o pai aplicou o castigo. Decidiu colocar Conceição no famigerado “trem de doido”, único no país que fazia viagens sem volta. Em 10 de maio de 1942, ela deu entrada no hospital, de onde nunca mais saiu. Em trinta anos, nunca recebeu visita (ARBEX, 2013, 40).

Mas, como entender a forma da loucura na sociedade? Criamos, mas não compreendemos. Não conseguimos prever suas ações, talvez por não conhecermos nossa criação fomos tragados por ela. Ela tomou as formas de um Leviatã e dominou a sociedade, que agora não tem mais controle sobre a loucura. Tende-se a compreender que em aproximadamente cento e cinquenta anos de internamento haveria de se ter enclausurado indivíduos singulares que necessitavam de outro tipo de atenção que não fosse o internamento. Mas devemos compreender que não há possibilidade de modificação do passado.

Nesse sentido, compreender o passado se torna primordial para entendermos as práticas do internamento ontem e hoje. Dessa forma, entre o que está escrito e o que realmente acontece sobre os internamentos dos chamados loucos. Existe uma fronteira difícil de ultrapassar, pois envolve governos e políticas distintas e específicas. Mas a sociedade tem certo poder sobre a definição de quem é ou não louco, ou pelo menos de quem é julgado como tal, tornando nesta perspectiva a sensibilidade social fundamental para definir o perímetro entre o criminoso e o insano, entre o louco e o sadio.

Usufruindo ou não da sensibilidade social, muito antes de ter recebido o estatuto médico, o louco já havia adquirido um constructo pessoal. A loucura passa a ter na sociedade outra consciência. Estabelece-se um problema que se relaciona com o acordo pelo qual a loucura é reconhecida como doença. A partir desses pressupostos é possível questionar os comportamentos humanos e determinar em que medida se pode atribuir o estigma de loucura.

Determinando os comportamentos humanos, estigmatizado-os ou não,

Foucault nos apresenta o que mais tarde chamaríamos de 'loucura moral'. Uma loucura que surgirá sobre o erro ético, moral, de análise e interpretação dos males de uma sociedade. Este erro liga a loucura ao desatino, à alienação, ao maléfico, e assenta-a sobre bases muito delicadas. A partir desse efeito maldoso a loucura passa a frequentar o liame entre o desatino e o crime. Elas não se confundem, mas não excluem uma a outra. O sujeito pode ser insano ou criminoso, mas a fragilidade está presente em ambos, o que muda é a perspectiva da fragilidade e da maldade. Michel Foucault usa uma metáfora do "exorcismo bem-sucedido".

E, quando colocamos a maldade para ser examinada, ela pode vir com muita ou com pouca intensidade, ser perversa ou delicada. Não importa se tem apenas a intenção de parecer louco ou se realmente o é. Quando o indivíduo se dispõe a parecer insano está atravessando a fronteira da sanidade, e para juntar-se ao campo dos loucos o limite é muito estreito. Dessa forma, ambos merecem o mesmo tratamento. De tal modo a "recusa da loucura não será mais uma exclusão ética, mas sim uma distância já concedida; a razão não terá mais de distinguir-se da loucura, mas de reconhecer-se como tendo sido sempre anterior a ela, mesmo que lhe aconteça de alienar-se nela" (FOUCAULT, 2005, p. 143).

Essas narrativas carregam a ilusão de cremos que a loucura finalmente recebeu seu estatuto de humanidade. Que a sociedade compreendeu seu problema e vai aprender a tratá-la. Mas esta ilusão é utópica, pois a mesma sociedade passará ainda por muitas peripécias até chegar o dia em que será compreendida a complexidade que envolve o enigma da loucura. A compreensão desta doença ou deste estado de espírito independe apenas do louco ou do sadio. Do mesmo modo que: "não há margem para tratar-se a loucura 'humanamente', pois ela é, de pleno direito, inumana, formando por assim dizer o outro lado de uma escolha que possibilita ao homem o livre exercício de sua natureza racional" (FOUCAULT, 2005, p. 144).

3.2 O contexto internacional da Reforma Psiquiátrica

A história da psiquiatria passou por fases diversas. Robert Castel salienta que no Antigo Regime a função ou objetivo destas instituições asilares eram de enclausurar indivíduos excluídos do domínio social comum e que de algum modo não condiziam com padrões estabelecidos pela sociedade. Passavam a serem considerados “loucos”, alienados, doentes, antissociais e que deveriam ser excluídos do convívio público.

Robert Castel, em diálogo direto com os escritos de Michel Foucault, mostra como, no início do século XVIII, esta correlação entre o direito de punir e o de tratar era perceptível. As prisões tinham aspectos que se relacionavam com hospitais, mas ao mesmo tempo aprisionavam seus pacientes. Por sua vez, os hospitais também possuíam características de prisões. Assim, vigiar, punir, educar, corrigir e tratar se confundiam e se relacionavam mutuamente. De tal forma que não devemos nos “surpreender que esses diferentes tipos de pessoas susceptíveis de correção se encontrem reunidas nos mesmos estabelecimentos já que ‘ordens’ comuns aí as colocaram” (CASTEL, 1978, p. 21).

Ainda na mesma época, dentro destes muros de estabelecimentos de correções, “não se encontram apenas a pobreza e a loucura, mas rostos, bem mais variados e silhuetas cuja estatura comum nem sempre é fácil de reconhecer” (FOUCAULT, 2005, p. 79). Nesse sentido, a relação da loucura com a pobreza e todos os pressupostos que dela se fizeram emergir nos fazem lembrar que[,] dentro dos muros destes hospícios, casas de correção, internamento, asilos, existe um número heterogêneo de indivíduos cuja distinção se torna uma tarefa muito complexa, que exige uma sensibilidade reguladora que decide pelo enclausuramento ou pela liberdade destes indivíduos.

De ambientes que continham todo tipo de excentricidade humana, que abrigavam mendigos, loucos, doentes, todos os tipos marginais da sociedade, estes lugares acabaram se metamorfoseando de hospitais gerais para asilos psiquiátricos, no final do século XVIII e início do século XIX, com a figura proeminente de Philippe

Pinel.

Mas Pinel não foi nem um "ideólogo" nem um político, entendido como homem da assembleia. [...] É na e através de sua prática profissional que ele irá instaurar um dispositivo, através do qual, os projetos dos reformadores da assistência ganharão uma parte de seu peso histórico. [...] Graças a ele — ou melhor, ao tipo de prática que ele foi o primeiro a instaurar de maneira sistemática — um programa assistencial um tanto vago se incarnou numa tecnologia hospitalar. [...] Ilustrar, através da obra de Pinel, os princípios da tecnologia alienista não significa atribuir a um único homem o mérito de uma revolução (se é que houve revolução). É verdade que a originalidade de Pinel e de seu "gesto" foi majorada pela hagiografia psiquiátrica. Médicos como Willis, Cullen (que Pinel traduziu em 1785), Haslam na Inglaterra, Colombier e Tenon na França, Daquin na Sabóia, Chiarrugi na Itália, etc, participam de um mesmo contexto de "reformas" e suas iniciativas, em certos domínios, chegam até a preceder as de Pinel [...]. Mas Pinel mostra claramente uma redução que qualifica propriamente o alienismo (CASTEL, 1978, p. 58).

Os indivíduos antissociais, pobres, desvalidos, insanos e outros tipos que não se encaixavam na sociedade da época eram por muito tempo vigiados e/ou cuidados pela Igreja (que definia estes males como feitiçaria). No entanto, pouco a pouco, este cuidado se transferiu para instituições e para o Estado, que criou mecanismos e formas de cuidar, tratar ou enclausurar estes indivíduos que agora estavam sobre seu cuidado.

Pinel nasceu na França em 1745 e faleceu em 1826. Filho de médico, formou-se em medicina em 1773. Considerado pai da psiquiatria, tendo em vista sua divisão entre doentes mentais e demais internos e marginalizados que acabavam internados por motivos diversos. De igual modo, diferenciou doentes e não doentes, sendo estes separados dos demais, para serem tratados e quiçá um dia curados (CASTEL, 1978).

Nesta evolução do controle psiquiátrico dos doentes mentais, merece destaque ainda a observação de Szasz sobre o contexto francês. Segundo ele: "Em 1226 Luís VIII estabelece a lei do lazareto na França. O número de leprosários na França atinge mais de 2.000, com 43 só em Paris" (SZASZ, 1976, p. 266). Foi assim que a França tornou-se pioneira em pensar a alienação mental num asilo específico para esse tipo de enfermidade (CASTEL, 1978, p. 113).

A elaboração do artigo 64 do Código Penal napoleônico de 1810, que tratava

sobre a imputabilidade penal dos criminosos, serve como porta de entrada para o alienismo nos tribunais. O artigo definia: “Não há crime nem delito, quando o indivíduo estava em estado de demência ao tempo da ação ou quando foi constrangido por uma força à qual não pôde resistir” (CASTEL, 1978, p. 212). Segundo esse Código Penal, pedia-se aos alienistas que apontassem os casos que a justiça não solucionava. A doença mental que levasse o indivíduo a cometer um crime que não tinha razão de ser, logo um crime sem sentido evidente.

Do outro lado do Atlântico, os Estados Unidos inauguravam, no ano de 1752, o Pennsylvania Hospital em Filadélfia, primeira instituição a receber doentes mentais. Posteriormente abrem-se novas instituições destinadas ao cuidado dos chamados doentes mentais. A iniciativa norte-americana espalha-se pela Europa e em 1784 constrói-se em Viena o Narrenturm, a primeira instituição na Europa destinada exclusivamente ao tratamento do insano (SZASZ, 1976).

Na Alemanha, pouco mais tarde, no ano de 1805, cria-se o sistema de hospital psiquiátrico alemão. O Príncipe Karl August von Hardenberg declara que: O Estado deve ocupar-se das instituições para os que têm suas mentes perturbadas. Neste importante e difícil domínio da Medicina, apenas esforços incansáveis nos permitirão chegar a progressos para o bem da humanidade sofredora. Só nessas instituições se poderá conseguir a perfeição. Assim a Psiquiatria alemã pode gabar-se de 225 hospitais particulares para doentes mentais, 187 hospitais psiquiátricos públicos, 85 instituições para alcoólatras, 16 clínicas universitárias, 11 enfermarias para doentes mentais em prisões, cinco enfermarias para doentes mentais em hospitais militares; num único ano, 143.410 pessoas são internadas nessas instituições. O número de “alienistas” praticantes era de 1.376 (SZASZ, 1976).

De Pinel e Esquirol, o movimento de mutação do internamento é gradual. Em meados do século XVIII, período de crise, temos:

O internamento adquire um outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. Não nos esqueçamos que as primeiras casas de internamento surgem na

Inglaterra nas regiões mais industrializadas do país. (FOUCAULT, 2005, p. 67.)

Em meados do século XVIII começa-se a demonstrar uma associação entre os problemas da cidade e a ociosidade de sua população, alimentando como solução para estas possíveis desordens o trabalho e a opção pelo internamento. Então, colocar os homens nestas casas de correção (*work houses*) e forçá-los a executar uma atividade foi uma das maneiras encontradas para se ordenar a desordem das cidades e ocupar os desocupados. Podemos perceber que as casas de internamento, por sua origem funcional, modificaram a amplitude de sua ação com o passar dos anos.

Ainda no século XVIII, com as modificações nas casas de internamento, a loucura começa a assumir novas formas. Mendigos e pobres são apartados de sua ligação com os doentes mentais. Confere-se um entendimento de que a miséria e os problemas que dela podem emergir não dependem essencialmente do indivíduo e de suas características, mas de um conjunto social que há muito tempo estava em crise.

A presença desta mudança na jurisprudência na história da loucura traz novas atitudes frente aos loucos, pois é a partir destes entreatos que o louco passa a ser tratado como um ser humano. No século XVIII, “o internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco” (FOUCAULT, 2005, p. 132).

Ainda no século XVIII, percebemos que a loucura foi entendida de duas formas. Uma pelo sujeito de direitos, que tem o reconhecimento jurídico de suas incapacidades. E a outra que é o homem social cercado pelas práticas sociais de interdição: “De fato, as fórmulas de internamento não pressagiam nossas doenças; elas designam uma experiência da loucura que nossas análises patológicas podem atravessar sem nunca levá-la em conta na sua totalidade” (FOUCAULT, 2005, p. 135).

O louco perturba a ordem social. Aliena-se fora dos comportamentos exigidos pela sociedade burguesa da época Clássica. A Igreja normatizava a penitência aos seus fiéis, mas que, no caso dos loucos, não seria capaz de reparar o problema.

Estes sujeitos necessitariam de um modelo mais controlador para se regenerarem. Segundo Foucault as casas de internamento se tornaram o expoente de um mito da felicidade, cuja ordem é estabelecida nas cidades a partir de suas funções policiais, de rigor e autoridade.

No século XVIII – a Era Clássica – a loucura passa a se apresentar como doença e não apenas como mal-estar criado pela sociedade, sendo que, “Aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, [...] teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade” (FOUCAULT, 2005, p. 79).

Mas não é de todo certo que a loucura tenha esperado, recolhida em sua imóvel identidade, o aperfeiçoamento da psiquiatria a fim de passar de uma existência obscura para a luz da verdade. Não é inquestionável também, por outro lado, que era à loucura, ainda que de modo implícito, que se dirigiam as medidas de internamento. Não é inquestionável, enfim, que, ao refazer no limiar da era clássica o gesto bem amigo da segregação, o mundo moderno tenha desejado eliminar aqueles que — quer por mutação espontânea, quer por variedade da espécie — manifestavam-se como a-sociais. (FOUCAULT, 2005, p. 81).

Este movimento da sociedade pode ser reconhecido como um gesto criador da alienação. Como dito por Michel Foucault, a busca incessante pelos antissociais, pela limpeza das cidades, um gesto que isola o indivíduo desempregado, pobre, estranho, usuário, transformando-o num sujeito irreconhecível. Um sujeito que não reconhece mais a sua própria imagem diante do espelho, este gesto cria a alienação e cria um sujeito alienado, ao passo que transformá-lo em louco produz um liame muito estreito.

De tal maneira que, com o nascimento da Antipsiquiatria na Inglaterra, surge o primeiro movimento de combate à prática psiquiátrica. Nascia assim a antipsiquiatria. Além da antipsiquiatria, temos também a “*despsiquiatrização*”, que consiste no restabelecimento pela medicina mental de sua justa eficácia num poder médico que havia sido marcado pela imprudência na produção abusiva de doenças e/ou de falsas doenças.

Em maio de 1968, a grande ampliação do Movimento Antimanicomial fez com que essa luta se tornasse um movimento popular que extrapolou a formulação

teórica da antipsiquiatria. Dessa maneira, na Europa os movimentos que criticavam a razão, a lógica e o progresso abriram caminho para os movimentos que vinham em defesa das diferenças, trazendo para a discussão o tratamento de doentes. Desse modo, o Movimento Antimanicomial assume lugar central na reformulação das instituições e da própria noção de doença mental.

3.3 Comunidades Terapêuticas

Erving Goffman chama de “Instituição Total” instituições que propõem um tempo de internação integral em locais de confinamento com características que lembram instituições de confinamento. Segundo Goffman, estas instituições totais vão além da reabilitação, agem numa espécie de reforma do sujeito, posto que suas regras de funcionamento e ordenação tentam agir numa espécie de mudança cultural dos indivíduos. Goffman define instituição total como: “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (2001, p.11).

Segundo Azevedo e Dimenstein, tal perspectiva em relação ao tratamento do louco vem sofrendo mudanças ao longo dos anos através de inúmeras iniciativas de Reforma Psiquiátrica espalhadas pelo mundo. A Antipsiquiatria na Inglaterra, a Psiquiatria Institucional e de Setor na França, a Psiquiatria Preventiva na América do Norte, além da Psiquiatria Democrática na Itália são exemplos dessas mudanças. Tais movimentos questionaram o internamento e o isolamento social do louco como forma exclusiva de tratamento e intervenção, exercendo assim demasiada influência sobre novas formas de intervenção e modelos asilares.

No caso brasileiro, em 1901, com a fundação do Hospital Juqueri em São Paulo, sob influência da psiquiatria alemã, começa-se a discutir também a descentralização do modelo hospitalar centralizado e espalham-se pelo Brasil: “hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas para doentes mentais com a ideia de

tratar e reeducar para trabalho, fornecendo um ambiente calmo e regrado” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 62).

Para compreendermos as chamadas Comunidades Terapêuticas, temos outro fator importante ligado à formação destas Comunidades. Trata-se da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923, por Gustavo Riedel. Desde sua criação, até meados de 1956, vislumbramos uma série de leis e projetos que são criados para normatizar a relação entre estes indivíduos e a sociedade. A exemplo: os Decretos nº 5.148-A, de 10 de janeiro, e nº 17.805, de 23 de maio 1927, transformam a Assistência de Alienados do Distrito Federal (Rio de Janeiro, capital do Brasil até 1960) em Assistência a Psicopatas. Em 1927 é criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal, encarregado de coordenar os estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro. Já, em 1934, cria-se o Decreto nº 24.559, de 3 de julho, que reforma a Lei de Assistência aos doentes mentais no Distrito Federal. Em 1937 o Serviço de Assistência aos doentes mentais é ampliado, transformando-se na Divisão de Assistência aos doentes mentais. E em 1941 estatele-se o Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril, que cria o Serviço Nacional das Doenças Mentais. Em 1956 temos o Projeto de Lei de 10 de julho, que cria o Departamento Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2015).

Nas décadas de 40 e 50, a medicina começa a pensar de forma global sobre as enfermidades. Ou seja, globalizar as práticas médicas que vinham sendo individualizadas pelas várias especialidades foi o intuito nesse período. O sujeito passa então a ser visto sob a ótica biopsicossocial. Assim, “É a partir desse momento que o sujeito é visto como um ser global, portanto, necessitando de atenção multiprofissional” (REINALDO, 2008, p. 174). No caso do Brasil, o termo “psicossocial” é cunhado a partir das ideias da Psiquiatria Comunitária e influencia as práticas médicas a partir de 1970.

Em meados da década de 50 temos as chamadas Comunidades Terapêuticas crescendo em importância. As primeiras surgem na Inglaterra com Maxwell Jones (1953). Jones proporia uma nova forma de tratamento dos doentes partindo do hospital e fazendo com que este ambiente se tornasse terapêutico. Assim, durante a década de 50 as comunidades terapêuticas começaram a ganhar

notoriedade e se tornaram alternativa para o tratamento psiquiátrico e manicomial (DAMAS, 2013). Estas comunidades almejavam a superação dos hospitais psiquiátricos, com destaque para relações comunitárias, com objetivo de recuperação dos pacientes. Nos anos 60 surge uma nova tendência em relação aos tratamentos dos transtornos comportamentais com os programas de psiquiatria comunitária, que pensavam novas formas de analisar a doença, aproximando a psiquiatria da Saúde Pública, propondo a prevenção das doenças mentais.

Na Itália e na Inglaterra a reforma foi realizada no âmbito político e social com a ajuda do governo, e fechou uma série de hospitais psiquiátricos. Nos Estados Unidos, a chamada “Lei Kennedy” em saúde mental possibilitou a instalação de centros comunitários. Já, “No Canadá foi denominada Revolução Tranquila. (...) Na França, foi criada a psiquiatria de setor, com ênfase na programação local das ações de saúde mental” (REINALDO, 2008, p. 174).

Segundo Paulo Amarante, Franco Rotelli e Basaglia, no caso da Itália, operou-se uma transformação no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia entre 1961 e 1968, implantando-se naquele hospital as chamadas comunidades terapêuticas. Nos Estados Unidos se realizava uma reavaliação desse projeto e verifica-se, então, a inviabilidade de uma mera reorganização, seja ela técnica, administrativa, humanizadora ou política, tendo em vista que a mera reorganização espacial não contribuiria por si só para a extinção dos hospitais psiquiátricos. No entanto, a instituição manicomial acaba abolida e cede lugar a centros de saúde mental que funcionariam 24 horas ao dia. São abertas ainda residências onde moravam usuários, algumas vezes sozinhos, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários que prestavam cuidados a um grande contingente de pessoas (BEZERA JR; AMARANTE, 1992, p 44).

Ainda segundo Reinaldo, a concepção de psiquiatria comunitária não nasceu de maneira clara nem mesmo para os profissionais da área. Nos Estados Unidos e no Canadá surgiram programas pioneiros sobre a psiquiatria comunitária. Tais programas e pesquisas recebiam o incentivo do governo e se estenderam até meados dos anos 60, proporcionando uma recepção promissora em relação aos rumos da psiquiatria comunitária, que receberia a alcunha de “saúde mental”:

Apesar desses avanços nos anos de 1950, os hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos abrigavam cerca de meio milhão de pacientes. As condições precárias de assistência a essa população eram alvo de denúncias e críticas por parte da opinião pública (REINALDO, p. 174, 2007).

Nos mostrando como as chamadas comunidades terapêuticas, que surgiam na psiquiatria internacional na década de 50, chegaram ao Brasil em meados de 1968-1969, quando se começa a problematizar os modelos de assistência comunitária (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Em contexto nacional é inegável o papel de Oswaldo Santos e Wilson Simplício, que “transformam a seção Olavo Rocha, do Centro Psiquiátrico Pedro II em Comunidade Terapêutica, modelo que seria experimentado por Eustáchio Portela, no Instituto Philippe Pinel” (BRASIL, 2015).

Concomitantemente, na década de 60 e influenciadas por tais 'comunidades terapêuticas', temos o esboço em território nacional de algumas dessas experiências. No entanto, foram experiências que não se integraram á sociedade, de tal forma que os hospícios, hospitais e colônias no final da década de 50 eram marcados pela superlotação, a deficiência de pessoal, os maus-tratos, as péssimas condições físicas dos ambientes, tão ou piores que a dos piores presídios e penitenciárias. O panorama geral da psiquiatria era assombroso e o poder público pouco intervinha (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 63).

No entanto, apenas na década de 70 as Comunidades Terapêuticas efetivamente se instalaram no Brasil e se expandiram a partir dessa década. Essas comunidades foram decisivas no processo do movimento que ganharia densidade e culminaria na Reforma Psiquiátrica da década de 90.

3.4 A psiquiatria brasileira e a Reforma Psiquiátrica

Dois momentos marcaram o início da Psiquiatria no Brasil: “a inauguração, em 1852, do Hospício Pedro II pelo próprio imperador D. Pedro II e a Proclamação da

República em 1889, que coincidente com o advento da Psiquiatria Científica” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 61). A partir desse momento o doente mental passa a ser considerado um doente passível de tratamento. Foi no Hospício Pedro II que se iniciou aqui no Brasil este exercício da terapia, no entanto este tinha uma organização especial, com vigilância e regulamentação de tempo. Formando assim o Modelo Asilar pensado e planejado por Pinel e Esquirol.

Em 1881 os médicos assumem a direção do hospício e com a proclamação da República o Hospício Nacional de Alienados passou a ser controlado pelo Estado e não mais pela Santa Casa. Anos depois, em 1886, Teixeira Brandão, o primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados, consegue como deputado a aprovação da primeira lei brasileira do alienado, que torna o hospício o único lugar apto a receber os doentes mentais, subordinando sua internação ao parecer médico e tornando o psiquiatra a grande autoridade sobre a “loucura”, agora publicamente reconhecido (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 62).

Reeducando para o trabalho, a medicina e ações em torno dos doentes mentais e da loucura se aprimoram. Em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental teve como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais, com a melhoria das instituições e da formação dos psiquiatras. É nessa conjuntura que Ulisses Pernambucano, precursor da psiquiatria social brasileira e que atuou da década de 20 à década de 40, desenvolve trabalho de humanização da assistência, protestando contra as violências e maus-tratos que sofriam os doentes nos hospícios. Em 1931 inaugurou a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco. Trabalho pioneiro, especialmente no que se refere à concepção de um sistema de caráter assistencial mais amplo que apenas o tratamento dos males (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 63).

No entanto, a relação da sociedade com estes indivíduos classificados como loucos e/ou doentes mentais não era pacífica. Sabemos que na década de 30 se popularizou a tendência que condenava e atribuía à mestiçagem um caráter patológico, causa provável de doenças mentais. Como efeito, a década de 50 enfrenta a superlotação dos hospícios, hospitais e colônias. Efeito do entendimento de uma suposta relação entre raça, miscigenação e doenças mentais:

No período que se seguiu ao golpe militar de 1964, a medicina previdenciária e a sua psiquiatria de massa emergiram determinando novos rumos para a assistência psiquiátrica, estendendo a sua cobertura aos trabalhadores e seus dependentes. Implanta-se, nesse período, uma rede de hospitais particulares conveniados com o poder público, negócio altamente rentável para a iniciativa privada. Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 63),

A política brasileira começava a se posicionar nestas discussões, possibilitando a vinda de diversos nomes do cenário mundial no campo da Saúde Mental, o que inegavelmente contribuiu para uma crítica do sistema e suas práticas e sua consequente reformulação. Podemos destacar entre esses pensadores e estudiosos: Robert Castel, Félix Guattari, Erwin Goffman, em especial, Franco Basaglia, que realizou uma série de debates e conferências pelo Brasil. Era o primeiro contato presencial com outras ideias e correntes da “Psiquiatria Alternativa além do Preventivismo Comunitário norte-americano” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 67).

Todas estas transformações e modificações na forma de perceber os doentes mentais marcaram mudanças da já assinalada Reforma Psiquiátrica brasileira, que se efetivará anos depois. De tal modo que, com pequenos passos, a Reforma Psiquiátrica brasileira tomou forma e força política. E caminhou gradativamente para uma grande diminuição dos números de leitos em hospitais psiquiátricos e para um aumento progressivo dos trabalhos substitutivos.

Em 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. A conferência representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, pois reflete a aspiração de toda uma comunidade que compreendia que a política nacional de saúde mental necessitava de uma integração à política nacional de desenvolvimento social do governo federal. Assim, tentou-se reafirmar na I Conferência Nacional de Saúde Mental as propostas de Reforma Sanitária debatidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, realizada em Brasília /DF. Foi também em meio a esta Conferência que se criou o Sistema Único

de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar da criação de uma Sistema Único de Saúde que efetivamente representa a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p. 18)

Em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional ao “Projeto de Lei no 3.657, submetido em 12/9/1989, e aprovado pela Câmara dos Deputados, por acordo de lideranças, em 14/12/1990” (GENTIL, 1999, p. 7). O Projeto de Lei que propõem a extinção progressiva dos manicômios em todo país. É desta forma que a Reforma Psiquiátrica em nosso país começa a se desenhar no cenário político. Já em 1992, inspirados pela Lei Paulo Delgado, vários movimentos sociais conseguem a aprovação em inúmeros estados brasileiros da “substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 8). Diversos movimentos sociais se organizaram em apoio à Reforma Psiquiátrica brasileira. O livro *Canto dos Malditos*, de Austregésilo Carrano Bueno, apresenta uma postura política que vai ao encontro das pretensões desta Reforma hoje materializada pelas Leis nº 10.216 e nº 10.708. Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada. Assim, a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e:

redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005, p. 8).

A lei ainda estabelece limites e condições para internação psiquiátrica de doentes, estabelece também tratamentos menos invasivos a serem preferencialmente aplicados, não intervindo no diagnóstico médico. A lei afirma e responsabiliza o Estado pelo oferecimento do melhor tratamento possível aos pacientes e o ônus pela sua integridade física.

Em 2001, após promulgação da Lei 10.216 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o processo de desinstitucionalização começa a se fortalecer e torna-

se política pública de Estado no Brasil: “Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros”. (BRASIL, 2005, p. 14).

Seguindo este processo de mudanças legais[,] a Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Este auxílio compõe o programa “*De Volta Para Casa*”. Seu objetivo é de proporcionar a reabilitação social de egressos de internações psiquiátricas. A partir de leis como estas é que começam os processos de “desinstitucionalização de pessoas longamente internadas” (BRASIL, 2005, p. 9). O que se entende com este movimento de grande mudança é que a inserção social dos doentes se torna fundamental para sua recuperação e também para que, após tratamento, consigam se inserir com maior tranquilidade na sociedade. Dessa maneira assumem lugar central nesse processo os trabalhos substitutivos ao internamento.

A implantação dessas leis modificou e estabeleceu discussões em torno da doença mental e da loucura no Brasil. Os métodos aplicados nos hospitais psiquiátricos e clínicas nos ajudaram na compreensão de alguns ‘saberes’ psiquiátricos implantados no Brasil e ainda a incapacidade que estes saberes tinham de compreender estes cidadãos.

Um pesquisador que esteve envolvido com este processo de mudanças e leis pelas quais o Brasil passou e se dedica a este debate envolvendo a loucura há bastante tempo, Paulo Amarante, tem uma série de livros publicados sobre o assunto e incentivou a criação do Movimento Antimanicomial. Denunciou maus-tratos, e violência aos direitos humanos, a internos e a presos políticos, em instituições psiquiátricas do Espírito Santo e do Rio de Janeiro. Amarante, em uma entrevista concedida à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), fala da luta antimanicômios e de como deseja uma sociedade mais humana, mais solidária e mais compreensível com o outro.

Amarante nos faz compreender que, para que tal mudança seja efetiva, é necessário mudar a forma de tratarmos tais doentes. Isso passa pela necessária alteração para um modelo que não se centre apenas na doença, mas sim no sujeito,

e constitua sobre si uma rede de serviços que se preocupem com esses sujeitos e com a sua socialização, possibilitando assim mudança do seu estado psíquico. Esta rede de serviços seria reconhecida pela sua descentralização, abrindo-se em uma rede assistencial. No Brasil essa rede assistencial se efetivaria com os chamados Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e posteriormente com os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Assim, os NAPS/CAPS são ações e serviços atuais de incorporação de conhecimentos e de valores éticos, com oficinas terapêuticas e atendimento grupal. Farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Nesta perspectiva de afirmação dos centros de atendimento psicossocial,

Amarante mostra qual era seu objetivo no contexto da luta antimanicomial. Seu intuito não era apenas fazer com que os doentes mentais mantivessem sua convivência com as instituições sociais, mas também que a sociedade os inserisse que fosse solidária e ampla. No caso do objeto de investigação desta pesquisa – a trajetória e confronto de Austregésilo Carrano Bueno com os saberes psiquiátricos –, as inúmeras violências ao seu corpo e sua alma por procedimentos que deixaram sequelas pelo resto da vida teriam sido evitadas se a proposta de Amarante já estivesse institucionalizada. Ao longo de sua trajetória, como discutimos anteriormente, Carrano produz uma espécie de diário de todas as práticas de controle e dominação que se passaram com ele nas internações às quais fora submetido. Este “diário” daria corpo ao que mais tarde se tornou seu livro *Canto dos Malditos*, que inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças*, e que contribuiu sensivelmente para a Reforma Psiquiátrica e para a divulgação do Movimento Antimanicomial, dando maior projeção na opinião pública à luta e ao movimento e seu combate contra a violência dirigida às enfermidades mentais, e na luta contra os manicômios. Como ressalta Amarante, não se tratava de simples tolerância, posto que: “Nosso entendimento de inclusão não é sinônimo de tolerância. A tolerância é arrogante: tolerar é suportar alguém ou algo parecido. Queremos solidariedade, reciprocidade e, para isto, precisamos mudar a sociedade” (AMARANTE, 2008, p. 1).

Passemos à análise do filme *Bicho de Sete Cabeças*, procurando esboçar os principais elementos que garantem seu lugar tanto na linha evolutiva do cinema nacional, quanto de seu lugar no campo das lutas políticas em torno da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial.

3.5 Da realidade para a ficção: o filme Bicho de Sete Cabeças

O filme *Bicho de Sete Cabeças* é dirigido por Laís Bondansky e tem roteiro de Luis Bolognesi. A película tem como base a história de Carrano, seu livro e sua luta contra a violência nos hospitais psiquiátricos. Apesar de a história que é narrada no

livro se passar no final da década de 70, quando Luis Bolognesi e Laís Bondansky se debruçam sobre a tarefa da adaptação para o cinema acreditam que a realidade narrada pelo autor ainda se fazia presente nos hospitais psiquiátricos nos anos de 1990.

A narrativa do filme se concentra no momento em que o livro reconstrói o primeiro internamento e resume várias passagens da vida de Carrano pelos hospitais psiquiátricos, em algumas cenas que tentam de alguma forma transmitir o sofrimento que o autor passou nesses ambientes, além da relação conflituosa com sua família.

Num primeiro momento, o filme se apresenta caricato. No entanto, sabemos que o que se passava dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos transcendia os sofrimentos que o filme nos transmite. Basta lembrarmos as atrocidades da Colônia de Barbacena, já citadas neste trabalho e tão bem documentadas no livro de Daniela Arbex, além é claro, do relato de Carrano.

Uma das primeiras críticas que um trabalho historiográfico baseado em filmes sofre é o recorte que o produtor ou diretor realiza na roteirização da história. Segundo estas críticas, o recorte impossibilita enxergarmos a película como um documento histórico inteiriço. Paul Veyne nos apresenta uma nova perspectiva que possibilita a superação de tais críticas, ainda que seu trabalho não seja direcionado especificamente ao cinema. Trata-se da ideia de que tudo é um recorte, o que torna as possibilidades de análises históricas praticamente infinitas. Veyne nos apresenta uma possibilidade peculiar de enxergarmos as películas como narrativas diante de tantas possibilidades, ao se referir à História:

A história é uma narrativa de eventos: todo o resto resulta disso. Já que é, de fato, uma narrativa, ela não faz reviver esses eventos, assim como tampouco o faz o romance; o vivido, tal como ressaí das mãos do historiador, não é o dos atores; é uma narração, o que permite evitar alguns falsos problemas. Como o romance, a história seleciona, simplifica, organiza, faz com que um século caiba numa página, e essa síntese da narrativa é tão espontânea quanto a da nossa memória, quando evocamos os dez últimos anos que vivemos. Especular sobre a defasagem que sempre separa a experiência vivida da reflexão sobre a narrativa levaria, simplesmente, à constatação de que Waterloo não foi a mesma coisa para um soldado e um marechal, que é possível narrar essa batalha na primeira ou na terceira pessoa, referir-se a ela como uma batalha, como uma vitória

inglesa ou uma derrota francesa, que se pode deixar entrever, desde o início, o seu epílogo ou simular descobri-lo; essas especulações podem dar ocasião a experiências estéticas divertidas; para o historiador, são a descoberta de um limite. (VEYNE, 1998, p. 18).

A história contada pelos historiadores é a (uma possível dentre muitas) visão de um determinado acontecimento, uma perspectiva de um dado evento. Assim, a “narração histórica situa-se para além de todos os documentos, já que nenhum deles pode ser o próprio evento; ela não é um documentário ou uma fotomontagem, e não mostra o passado ao vivo” (VEYNE, 1998, p. 18). Mesmo não mostrando o passado “em si”, *Bicho de Sete Cabeças* é baseado no relato de vida de Carrano, o que chama a atenção para os problemas dos hospitais psiquiátricos e que se arrastavam há anos, mesmo o Brasil tendo passado por grandes transformações através da Reforma Psiquiátrica.

Num estudo feito pelos médicos psiquiatras do Paraná Vitor Hugo Sambati Oliva, Dirceu Zorzetto Filho e Francisco Lotufo Neto, e intitulado “*Um retrato da psiquiatria pelos cinemas norte-americano e brasileiro*”, encontramos uma análise comparativa do retrato da psiquiatria pelo cinema americano e brasileiro. No estudo os médicos fazem uma análise de aproximadamente 200 películas, que vão de 1919 a 2004, entre filmes americanos e brasileiros, e tal estudo tem o objetivo de traçar o perfil que a cinematografia fez da psiquiatria.

Bicho de Sete Cabeças é mencionado na pesquisa dos médicos, que são taxativos quanto à natureza da obra. Para eles trata-se de: “uma propaganda declarada do movimento de luta antimanicomial [...]. Os pacientes são mostrados de forma bastante caricata e imprecisa a ponto de dificultar uma impressão diagnóstica mais apurada” (OLIVA; FILHO; NETO, 2012, p. 7). No entanto, não devemos esquecer que, mesmo o filme se baseando numa história verídica, não deixa de ser obra de ficção e entretenimento, a qual tem como objetivo “não perder a atenção do espectador em nenhum segundo, porque um livro pode ser fechado momentaneamente para ser retomado depois, mas um filme não. O desinteresse momentâneo é mortal para a eficiência da narrativa” (BOLOGNESI, 2002, p. 13).

Em contrapartida, o já citado documentário de Luis Eduardo Jorge, filmado em 1986 no Hospital Psiquiátrico de Goiânia, produz uma visão bastante crua do

ambiente asilar que, em paralelo ao filme de Lais Bondansky, desconstrói o suposto esquematismo simples dos personagens e situações. As imagens do documentário explicitam a violência, maus-tratos, sujeira e insalubridade dos ambientes e a crueldade que circundava a rotina dos hospitais psiquiátricos de nosso país. Em confluência com essa análise, temos o livro de Daniela Arbex, sobre o Hospital Psiquiátrico de Barbacena. A pesquisa da autora foi provocada por um documentário a que teve acesso, intitulado *Em nome da razão*, de 1979, produzido por Helvécio Ratton. Um breve filme que, assim como as outras narrativas, documentam uma triste realidade dos hospitais psiquiátricos do nosso país.

Luis Bolognesi escreveu a primeira versão do filme num *laptop* durante a viagem com o Projeto Cine Manbembe[,] em 1997. Filmou a sexta versão dois anos depois e foi incorporando as críticas de muitos amigos e companheiros de viagem de tal forma que, sendo ou não uma propaganda declarada do Movimento Antimanicomial, trata-se de roteiro original dirigido por Bodansky, inspirado não só no *Canto dos Malditos*, mas em sua trajetória e no quanto gostaria que suas vivências servissem de lição e de incentivo às transformações em relação à saúde mental no Brasil.

Maria Julieta de Oliveira Gadelha e Cláudio Cardoso de Paiva, em trabalho intitulado “*A representação da doença mental no cinema: um estudo de mídia, comunicação e saúde mental, o caso do Bicho de Sete Cabeças*”, analisam a discussão em torno das representações que a doença mental tem no cinema e na mídia. Já Gadelha e Paiva procuram demonstrar como a imagem da doença mental pode ser manipulada pela mídia. A partir de entrevistas com especialistas no assunto da psiquiatria e áreas afins, discutem como a noção de doença mental sofreu mudanças ao longo da história e como a mídia pode auxiliar na construção desta representação, e que em alguns momentos esta mesma representação pode fugir em muito da realidade vigente. Ou seja, a representação da loucura que o filme constrói pode ser completamente oposta à da narrativa do livro, ou até mesmo inversa à realidade em que se basearam as narrativas: “focalizamos como a imagem da loucura é configurada no espaço dos audiovisuais e notamos que o cinema e a televisão têm concorrido para uma construção da imagem da loucura, junto à opinião

pública” (GADELHA; PAIVA, p. 2).

Canto dos Malditos e Bicho de Sete Cabeças apontam para uma perspectiva singular da loucura. No filme Carrano é Neto, interpretado por Rodrigo Santoro. O filme torna as discussões e os problemas da psiquiatria no Brasil mais palpáveis aos olhos da sociedade “carente de liberdade”. Não há como negar o caminho trilhado por Carrano e sua importância na própria escritura de seu livro. A composição das características de sua família, na forma como a sociedade o percebia e enxergava, quais discursos médicos eram “mais” pertinentes para aquele momento e que contribuíram para sua internação e permanência nos hospitais psiquiátricos. Todo este campo discursivo contribuiu para o caminho que foi percorrido por Austregésilo Carrano Bueno.

O filme inicia com uma cena de forte respiração ao fundo e o ator Othon Bastos, que representa Wilson (pai de Neto), lendo uma carta que parecia ser escrita pelo seu filho e que diz: “Pai as coisas ficam muito boas quando a gente esquece, mas eu não esqueci o que você fez comigo, eu não esqueci a sua covardia. Agora você vai me ouvir: Tô te mostrando a porta da rua pra você sair sem eu te bata” (BODANZKY, 2000, 00:46 min.). Nesta frase que inicia o filme transparece a relação conflituosa, que é um dos fios condutores do filme, que o jovem Neto tinha com seu pai. Esta relação conflituosa permeada de ações que estes faziam em conjunto, mas não se comunicavam. O diálogo parecia ser algo inalcançável entre Neto e seu pai Wilson.

Ao longo da narrativa percebemos em algumas cenas do filme que Neto e seu pai raramente se tocam. A simbologia da ausência de sentimentos se reformula, já que, quando há toque, é sob ameaça de briga ou conflito de ambas as partes. Assim, a narrativa fílmica delineia um jovem rebelde que não aceita a autoridade de seu pai e que frequentemente se mete em confusão. Entre o adolescente sonhador e apaixonado, Neto aparece numa nova cena pichando um prédio da cidade, acontecimento este que o acaba levando a uma cela de delegacia. Esse fato resulta em novo conflito com seu pai. Meire, a mãe de Neto, representada pela atriz Cássia Kiss no filme, está presente na maioria das cenas em que o pai de Neto aparece. No entanto, a mesma parece executar um papel secundário, sem voz nem ação dentro

do seio familiar. Mas suas intervenções são sempre em defesa de seu filho e na tentativa de abrandar a relação conflituosa entre pai e filho.

Dessa forma, o filme reforça a imagem de Neto e seu círculo de amigos, o que irrita seu pai, já que os amigos seriam uma potencial má influência. Sua amiga Bel, interpretada pela atriz Talita de Castro, oferece-lhe um cigarro de maconha. A cena seguinte mostra Neto chegando em casa e jogando suas coisas ao chão, com seu pai lhe chamando a atenção novamente. Acontece que, desta vez, algo de diferente chama a atenção de seu pai: o tal cigarro de maconha que o jovem aceitara de sua amiga.

Assim como o pai do jovem Carrano, inspiração para Wilson pai de Neto, o mesmo aparece numa sequência extremamente assustado e irritado com o tal cigarro de maconha que teria encontrado. Dentro de um carro, o próximo diálogo ressalta a tensão, onde uma reunião familiar é realizada com intuito de confrontar o jovem ao seu vício forçá-lo a interromper esse vício.

Depois desta sequência o destino de Neto é traçado. Assim como ocorre a Carrano, Neto seria internado em um hospício psiquiátrico contra sua vontade por seu pai, em razão do seu consumo de maconha, e a partir daquele momento perguntas e dúvidas fariam parte de sua rotina dentro daquela instituição disciplinar.

O jovem teria uma injeção aplicada na veia e acordaria num lugar completamente desconhecido. Rodeado de doentes insanos, pessoas que pareciam não ter o domínio de suas próprias atitudes. Neto imediatamente é cercado pelo enfermeiro Marcelo (representado pelo ator Luis Miranda) que lhe dá uma primeira dose de medicamentos, mesmo contra sua vontade.

Em seguida, encontra o que seria seu amigo dentro daquele lugar: Rogério, interpretado pelo ator Caco Ciocler. Assim como o Rogério de Carrano, o Rogério do filme se torna a pessoa que lhe apontaria todos os males que ele poderia sofrer estando ali naquele espaço de confinamento. Rogério lhe diz que: “Não dá pra fugir daqui não, isso aqui é pior que prisão”. Esta frase do personagem nos mostra a perspectiva higienista que centrava o ordenamento destes sanatórios, espaços de exclusão do convívio social.

Sem perspectivas ou explicações objetivas para estar enclausurado, o jovem

Neto aos poucos conhece cada um dos espaços que compõe o sanatório. E um desses espaços parecia ainda mais assustador. O jovem ouve em rodinhas no corredor vazio os enfermeiros acompanhados do médico, que param em frente a uma sala. Neto ouve um gemido forte e dolorido findando os barulhos. Mas ele ainda não sabia o que se passara e não tinha a dimensão do significado da gíria que seu amigo usa para definir aquela situação de aplicação dos eletrochoques: queimar os chifres.

Dias se passam. Remédios, horários, comprimidos, rotina. Até que chegará o dia de visitas. Entretanto, antes de receber a primeira visita, seus familiares são recebidos pelo médico que lhes adianta uma série de atitudes que o jovem poderia ter e explica a eles do período de internação do jovem por intoxicação e reabilitação. Assim como na narrativa de Carrano, o médico não estabelece datas nem tempos específicos para tal internação. Diz apenas que depende muito do jovem e de como ele irá reagir ao tratamento, enfatizando não apenas a dependência das drogas, fato que levará o jovem para o hospício, mas também depende do que o médico chama de distúrbio de personalidade. A visita acontece e tudo ocorre como o médico avisara à família.

É preciso fingir. Quem é que não finge neste mundo? Quem? É preciso dizer esta bem disposto. É preciso dizer que não esta com fome. É preciso dizer que não esta com dor de dente. É preciso dizer que não está com medo. Se não, não dá, não dá. Nenhum médico jamais me disse que a fome e a pobreza podem levar ao distúrbio mental. Mas quem não come, fica nervoso. Quem não come e vê seus parentes sem comer pode chegar à loucura. Um desgosto pode levar à loucura, uma morte na família, o abandono do grande amor... a gente até precisa fingir até que é louco, sendo louco. Fingir que é poeta sendo poeta (BODANZKY, 2000, 44:04 min.).

A intervenção acima é feita por um dos pacientes do sanatório a Neto, tentando mostrar a ele que é preciso fingir dentro daquele espaço. Que a loucura pode não ser sua, mas que ele deve fingir para assim sobreviver àquele. Mas algumas sequências adiante e finalmente Neto sente na pele a temida experiência do eletrochoque. Agora, numa sala fechada, ouve ao fundo as rodinhas que ouvira antes. Chega o médico com três enfermeiros que seguram-no, colocam em sua

boca uma espécie de pano, algo lhe é passado nas têmporas e sente seu primeiro gemido, desmaiando em seguida. As cenas que se seguem ressaltam um Neto que se encaixa perfeitamente àquele ambiente. Ele não tinha mais o controle de suas ações de seus movimentos, agora lentos.

Neto recebe inesperadamente uma visita de seu pai, que, apesar de atônito com a atitude de seu filho lento e sem ação e atitude, parece ignorar os efeitos do tratamento. O toque e os sentimentos parecem não fluir entre pai e filho. Neto pede ao pai o tire daquele lugar. Na sequência seguinte Neto aparece em seu quarto, mas a imagem é de um jovem que não estava em seu próprio corpo. Aparenta se encontrar longe e perdido num mundo desconhecido.

Aos poucos Neto volta à realidade e ao convívio social. Começa a trabalhar e a conversar com os amigos. Depois de uma festa, Neto parece perder novamente o controle, é preso e encaminhado para outro hospital psiquiátrico diferente. Neto já havia aprendido todas as “manhas” com seu amigo Rogério na sua primeira internação. Neste novo ambiente parece agir como Rogério, cheio de malícias e coordenando os demais internos que compunham aquele ambiente.

Com Neto comandando os “loucos”, os enfermeiros não eram seus maiores amigos e sim seus maiores rivais, pois a lucidez que demonstrava dentro daquele ambiente incomodava as autoridades do lugar. Mas, como Neto era o mais frágil em autoridade dentro naquele espaço, acaba preso dentro da chamada clausura: um quarto escuro onde ficaria completamente sozinho. Estar naquele lugar sozinho parecia ter aproximando Neto ainda mais de si e parece ter clarificado a consciência de seus atos, movimentos, atitudes. Por outro lado, o tempo para pensar lhe causara uma dor ainda maior. Até que resolve encerrar aquilo colocando fogo no quarto escuro, como quem quisesse destruir a si e sua loucura. Num tom de despedida, Neto enclausurado lê sua carta destinada ao seu pai:

Pai as coisas ficam muito boas quando a gente esquece. Mas eu não esqueci o que você fez comigo. Eu não esqueci a sua covardia. Agora você vai me ouvir: Tô te mostrando a porta da rua pra você sair sem que eu te bate. Lembra de uma frase que você me disse uma vez: Eu cheguei onde cheguei. Quero ver onde você vai chegar. Pois é. Eu cheguei aqui. Aqui é meu lugar. Você conseguiu me fazer menor que você. Seu mundo aí fora é

grande demais pra mim (BODANZKY, 2000, 44:04 min.).

Assim, *Bicho de Sete Cabeças* se encerra. Inegavelmente o filme contribuiu para o objetivo que Carrano tentará alcançar em vida: provocar a crítica a um sistema perverso e desumano. Participando de seminários, palestras e discursos, tentou mostrar o quanto nosso país necessitava de uma Reforma Psiquiátrica e o quanto estávamos atrasados nesta questão. Foi esta a grande divulgação que o filme realizou da história de Carrano e a Reforma Psiquiátrica ganhou força e alcançou outro público, concretizando um passo decisivo para as transformações tão sonhadas de Carrano.

Em documentário sobre a trajetória de Carrano, curiosamente intitulado “*O bicho que nasceu para a eternidade*” (Willian Ceará, 2010), parentes, amigos, advogados e outros registram depoimentos pessoais sobre a luta e as sensibilidades de Carrano durante sua luta iniciada após sua última internação. Vera Vassouras, sua primeira advogada, destaca a reação de Carrano ao ser procurado pela diretora do filme Lais Bodansky. Segundo ela, Carrano teria se sentido lisonjeado ao ser procurado pela diretora. No entanto, sua situação financeira teria sido decisiva para que o mesmo assinasse o contrato para a produção do filme. Ainda sobre o filme, para a filha de Carrano, Eliane (9:06 min.), o filme teria possibilitado a Carrano subir e gritar toda sua dor e sua luta. Já seu filho Uriel declara: “Achei muito loco, né. Porque era o filme do meu pai né. [...] Porém por ele ter perdido e não ganhado, o que ele merecia com o filme, foi uma coisa negativa” (9:15 min.). Podemos perceber, apesar da ingenuidade do garoto ao falar à câmera, que se mostra contente pelas conquistas do pai.

Para Jorge Kruger, último advogado de Carrano, o filme teria dado mais notoriedade ao livro, fato esse que teria motivado o médico Alexandre Sach e os herdeiros de Alô Ticoulat Guimarães a ingressar com uma ação judicial por difamação. Ainda segundo Vera Vassouras, ele teria recebido inicialmente apenas 5 mil reais e, depois de muito tempo, o restante do dinheiro. Para todos os familiares o orgulho de Carrano era ver alguns Caps em funcionamento, pois, segundo sua filha Eliane Carrano, lá ele sabia que um bom trabalho estava sendo feito.

Em 18 de maio de 2010, Eduardo Suplicy, em seu pronunciamento no Senado Federal, faz uma homenagem à luta antimanicomial, e lembra de Carrano, e de sua homenagem recebida em 2003 pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por seu empenho na luta pela Reforma Psiquiátrica.

3.6 Mudança de paradigma

Para compreendermos o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a história de Austregésilo Carrano Bueno, seu livro e o filme *Bicho de Sete Cabeças*, precisamos analisar um processo de mudança de paradigmas sobre a compreensão da loucura e da doença mental em sociedade. Ao longo da história a loucura transitou entre um mal social manipulado conforme o ordenamento social exigia. Na visão de Jurandir Freire Costa (2006), toda a psiquiatria está inevitavelmente comprometida com o social. Ainda em torno de sua percepção, nenhum psiquiatra e nenhuma teoria podem afirmar o que é e o que será o psiquismo humano em todos os mundos possíveis, pois o sujeito que buscar falar da psiquiatria não é um ser que apresenta atributos fora das suas contingências históricas. Aliás, os seres humanos são formados, se constituem graças às suas contingências históricas.

Thomas Szasz, em *A Fabricação da loucura* (1976), afirma que o conceito de doença mental é análogo ao de feitiçaria, e que no século XV os homens acreditavam que algumas pessoas eram feiticeiras e que alguns de seus atos eram motivados por essa feitiçaria. No século XX os homens acreditavam que algumas pessoas eram insanas e que alguns de seus atos eram devidos à doença mental. Szasz afirma que a feitiçaria e a doença mental são conceitos imprecisos e abrangentes, adaptáveis a quaisquer usos que deles se queiram fazer, por parte do sacerdote ou o médico. Da crença dos homens no poder da feitiçaria derivam atitudes que a criavam quando atribuíam esse papel a outros ou até a si mesmos. Desse modo, literalmente criavam a feitiçaria. Depois de formulada, essa consciência social sobre a existência da feitiçaria e das condutas mágicas,

simplesmente afirmar que elas não existiam não era suficiente para negar a existência destas, e principalmente para anular o comportamento das pessoas às quais se atribuíam esses papéis:

No passado, os homens criavam feiticeiras; hoje, criam doentes mentais. No entanto, também aqui é importante lembrar que afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos. Hoje, realmente existem indivíduos que não obedecem à lei, ou desafiam as convenções da moralidade e da sociedade – por exemplo, homens que usam heroína, ou mulheres que desprezam seus bebês recém-nascidos. Essas mulheres e esses homens são frequentemente acusados de doença mental [...] e perseguidos como doentes mentais [...]. O fundamental é que esses doentes mentais não escolhem o papel de doente mental; são definidos e tratados como doentes mentais contra sua vontade; em resumo, esse papel é atribuído a eles. No que se refere aos acusados de doença mental, prefeririam, se o pudessem, ser esquecidos pelos defensores do poder Médico e do Estado (SZASZ, 1976, p. 14).

Szasz localiza no tempo momentos primordiais para compreendermos este processo de mudança de paradigma. A insanidade deixara de ser uma preocupação da Igreja, para gradualmente ser controlada pelo Estado, que aos poucos instituiu formas de lidar com as perturbações mentais. Ora condicionando o tratamento aos hospitais dedicados a estas insanidades. Nesta preocupação com estes indivíduos, em 1908, nos Estados Unidos, “Clifford Whittingham Beers inicia a fundação da Sociedade de Higiene Mental de Connecticut, a primeira associação estadual de seu tipo e que dá início ao movimento organizado de saúde mental. E alguns anos depois (1930) realiza-se o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental em Washington” (SZASZ, 1976, p. 284).

Cada contexto criou gradualmente mecanismos para lidar com distúrbios mentais. Seja através dos hospitais gerais, onde conviviam no mesmo ambiente variados tipos de loucura e insanidade, ou através da separação conforme suas enfermidades curáveis ou não, tratáveis ou não, até estabelecerem-se formas sociais de tratar tais enfermidades e doenças e reinserir os doentes ao convívio social.

Compreendermos que, para o que a sociedade entendia por doença mental e loucura, era fundamental a sua perspectiva higienista e de saúde pública. Esse

processo de mudança de paradigma começa a se desenhar em meados dos anos de 1970, com um grupo de profissionais da área da saúde que se denominava Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No Rio de Janeiro eclodem os movimentos dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental, com significativa repercussão nacional, onde é definitivamente colocada em xeque a política psiquiátrica exercida no país, marcada pela violência institucional, a desassistência, a marginalização promovida pelas instituições psiquiátricas, ou ainda pela existência da “indústria da loucura”, promovida pelo setor privado de prestação de serviços com a concorrência do ministério público. Com a criação dos Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental em vários pontos do país, ainda nesse ano, a questão psiquiátrica é colocada na ordem do dia e transportada para a consciência dos cidadãos pois, de forma competente, tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário (BEZERA JR.; AMARANTE, 1992, p. 48).

A alteração de paradigma fundamental para a mutação do processo de convencimento e realização de uma Reforma Psiquiátrica estava necessariamente relacionada à maneira pela qual a sociedade compreendia a loucura e suas diversas formas. Assim, se metamorfoseando a noção de loucura, segue a transformação de paradigma na história Ocidental. Deixa de carregar uma dimensão negativa para ser classificada e determinada como doença de várias faces, algumas talvez incompreensíveis, mas outras tratáveis, curáveis e mesmo sociáveis.

Dessa maneira: “A metamorfose da mente medieval para a mente moderna exigiu uma vasta conversão ideológica [...] A melhor maneira de compreender o conceito de doença mental é considerá-lo como parte dessa mudança. Nos séculos XVIII e XIX, muitos desses fenômenos [...] tiveram novos nomes ou foram reclassificados como doenças. Assim, a Natureza substituíra Deus; o Estado substituíra a Igreja; a doença mental substituíra a feitiçaria” (SZASZ, 1976, p. 135). Em síntese, assim como a sociedade se modifica e se transforma, suas percepções sobre as doenças mentais e a loucura também sofrem os mesmos efeitos. A historicidade das ideias e práticas sobre os transtornos mentais, assim como qualquer olhar histórico, é chave interpretativa e reflexiva para toda história interessada no devir dessas relações de poder e controle sociais.

Considerações finais

Concluída a pesquisa, cabe neste breve espaço sintetizar os principais elementos que aqui nos propusemos a discutir e analisar. A pesquisa procurou reconstruir uma compreensão histórica da Reforma Psiquiátrica, não apenas no Brasil, mas no mundo. Através desse movimento de historicização compreendemos a pluralidade de olhares sobre a loucura e suas mudanças ao longo da história. O primeiro desses olhares esvaziou a loucura de uma possível ontologia genética inerente ao doente: “pois ela é, de pleno direito, inumana, formando por assim dizer o outro lado de uma escolha que possibilita ao homem o livre exercício de sua natureza racional” (FOUCAULT, 2005, p. 144).

Outro olhar possível se voltou para as dimensões de apropriação política dos insanos e também dos pobres e demais sujeitos considerados antissociáveis em cada momento histórico. Poderia ela ter-se extinguido com as perseguições às feiticeiras e às bruxas, ao longo da história, pela chamada Santa Inquisição, no entanto, ela passou a ter um novo estatuto, agora pertencente à sociedade, e aos Estado. Não apenas como mal social, mas como doença, e como tal seria dever do Estado zelar e cuidar destes indivíduos. E assim faz emergir aos poucos novas formas de conceituação da loucura e sua posição no corpo social.

No caso desta pesquisa, a aproximação de nosso objeto de investigação – o jovem Carrano e a narrativa de sua trajetória e confronto com os saberes e poderes psiquiátricos – com as posições e papéis sociais que lhe eram planejados foi um dos eixos que perseguimos analisar. Dessa forma, julgamentos de valor elementar na definição das tensões entre razão e loucura. A história de vida de Carrano e seu contributo para a Reforma Psiquiátrica brasileira e com as transformações que tais mudanças produziram a partir de dois produtos culturais relacionados ao seu percurso, o livro e o filme, também somam elementos nesse mosaico que planifica num mesmo espectro política, medicina, subjetividade, moralidade e controle social.

Entender a figura de Austregésilo Carrano Bueno e sua luta a favor da Reforma Psiquiátrica e da humanização dos hospitais psiquiátricos, que o estimularam a

enfrentar com mais força os fantasmas presos em sua mente, não foi tarefa fácil. A dimensão política em seu discurso pode ser entendida como uma maneira de exteriorizar sua indignação em relação às instituições a que se sujeitou, principalmente diante da falta de atenção e tratamentos desumanos vivenciados durante anos nesses espaços de exclusão e controle dos corpos. A intenção da sociedade e da família de Carrano de discipliná-lo, de interná-lo num hospital psiquiátrico, coloca em xeque o papel da família nesse processo.

Como observamos, Carrano vivia em suas internações momentos de autoconhecimento. Maria Rita Kehl, em diálogo direto com Freud, ressalta que o autoconhecimento pode nos trazer informações que talvez não devêssemos saber, acontecimentos e momentos que deveriam ficar apenas no inconsciente. O que esta observação evidencia é que, de alguma maneira, a loucura pode trazer em determinada experimentação um excesso de autoconhecimento: “se há algo que o inconsciente nos esconde, boa notícia não há de ser. O autoconhecimento é sempre má notícia” (KEHL, 2002, p 128).

Em *Sobre ética e psicanálise*, Maria Rita Kehl discute o quanto a psicanálise freudiana contribuiu para a ética moderna e sobretudo para a vida contemporânea. Para isso, exemplifica como o homem em todos os seus aspectos é anormal e esta anormalidade faz parte de sua natureza humana: “Onde existe o estranho, o anormal, o sem sentido, existe o homem. O homem oscila sempre entre a invenção e o erro, entre a razão e a loucura, entre os grandes achados e os grandes mal-entendidos” (2002, p. 126).

Kehl nos mostra ainda a perspectiva do ser humano como um ser anormal e oscilante entre razão e loucura, e esta oscilação que daria forma e conteúdo à condição humana. Essa oscilação é constante no relato de Austregésilo Carrano Bueno. A oscilação também é ideia-chave para compreender sua transição entre espaços de confinamento: casa, delegacia, hospital, tribunal, espaços onde seu humor e comportamento também oscilam no pêndulo da razão e desrazão.

Estaria Carrano num processo de autoconhecimento? Seria esse o lado positivo de suas internações? Como sujeito antissocial, indivíduo que, de alguma forma, por alguma singularidade, não se encaixara nos padrões estabelecidos pela

sociedade, estaria justificado o domínio de seu corpo? Carrano, Rogério e outros muitos desconhecidos seriam o legado das concepções mais caras da sociedade sobre a moral, a ética e o controle dos cidadãos por parte dos saberes e poderes imanentes do conjunto da sociedade. E a historicidade desse ordenamento é a peça decisiva para o desmonte desses mecanismos e seus discursos legitimadores ou deslegitimadores, no caso de contrapoderes como o livro e o filme.

Desde a criação dos hospitais destinados aos doentes mentais, a loucura ofereceu à sociedade um mecanismo de isolamento eficaz para estes sujeitos não bem-vindos ao convívio social. Também chamados de furiosos, sem diferenciações entre criminoso ou doente. Há casos em que a família mandava o filho para este tipo de internamento quando não conseguia controlar a fúria do filho. Este movimento de enclausurar o indivíduo que não se encaixava em padrões sociais causaria problemas no futuro, já que, a partir do momento em que esta pessoa convive com indivíduos destituídos de plena sanidade e que necessitavam de tratamento e internamento, a influência negativa desse apartamento do convívio familiar somado aos sentimentos de rejeição reforçavam a utopia burguesa do controle do espaço e tempo nas instituições disciplinares de confinamento do século XIX, como tão bem analisou Michel Foucault. Disciplinar corpos e devolvê-los úteis à sociedade era o projeto desses espaços de segregação.

Muitas outras questões podem ser levantadas a partir desse conjunto de elementos que buscamos analisar nesta pesquisa. Restam ainda incontáveis personagens com seus relatos de suas trajetórias pelas instituições psiquiátricas Brasil afora, aguardando o momento de um possível rompimento de seu silêncio. De nossa parte, nos esforçamos em reaver as sensibilidades da narrativa autobiográfica crivada de palavras de dor que reverberam no presente e a negação de um silêncio que lhe foi imposto diversas vezes, ainda que jamais aceito de maneira subserviente. Algo de nós mesmos reverbera nas palavras de Carrano: a constante ameaça de violação de nossas liberdades.

Fontes

ALVES, Ernani Simas; PILOTO, Mario. *Alô Ticoulat Guiamarães: Uma vida ilustre dedicada à Medicina e ao Ensino da psiquiatria*. Curitiba: Fundação Santos Lima, 1994.

BODANZKY, Lais. *Bicho de Sete Cabeças*. Ficção, 88 minutos, 35 mm, Brasil, 2000.

BOLOGNESI, Luiz. *Bicho de Sete Cabeças: roteiro do filme*. São Paulo: Editora 34, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Legislação Estadual de Recursos Humanos do Estado do Paraná. Decreto nº 3.700 de 28 de julho de 1977. Disponível em: <<http://celepar7cta.pr.gov.br/seap/legrh-v1.nsf/5199c876c8f027f603256ac5004b67da/b843761e88d510f403256acd005fbcc9?OpenDocument>>. Acessado em janeiro de 2015.

BRASIL, Legislação Estadual de Recursos Humanos do Estado do Paraná. Decreto 3.700 de 28 de julho de 1977. Disponível em: <<http://celepar7cta.pr.gov.br/seap/legrh-v1.nsf/5199c876c8f027f603256ac5004b67da/b843761e88d510f403256acd005fbcc9?OpenDocument>>.

BRASIL, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final, 1987.

BRASIL, Centro Cultural Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/>>. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil. Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>>. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil. Decreto nº 24.505, de 29 de Junho de 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24505-29-junho-1934-508459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil. Decreto nº 22.213, de 14 de Dezembro de 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22213-14-dezembro-1932-516919-norma-pe.html>>. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Código Civil: Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 6º edição, Brasília: Edições Câmara, 2012.

BRASIL, Código de Menores: Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1927.

BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal no 8.069, de 13 de junho de 1990 . 7ª Edição, Brasília: versão atualizada 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*: Relatório Final. 17 a 21 de março e 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Decreto nº 74.170 de 10 de

junho de 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D74170.htm. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Lei nº 6.368 de 21 de Outubro de 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htmimpressao.htm. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L5991.htm. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Decreto-Lei nº 891 de 25 de Novembro de 1938. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Lei nº 10.357 de 27 de Dezembro de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/L10357.htm. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Lei nº 12.961 de 04 de Abril de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12961.htm. Acessado em maio de 2015.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acessado em dezembro de 2014.

BRASIL, Presidência da República Casa Civil. Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm. Acessado em 07 de dezembro de 2014.

BRASIL, Secretária de Segurança Pública, do Estado do Paraná. Decreto nº 3.211 de 10 de junho de 1997 Disponível em: <http://www.denarc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=5>.

Acessado novembro de 2014.

BRASIL, Sistema Único de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos Malditos: uma história verídica que inspirou o filme Bicho de Sete Cabeças*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. Edição revista e alterada pelo autor. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CARRANO, Austregésilo. Canto dos Malditos. *Jornal do Estado*. Curitiba, 19 a 03 de novembro de 1987.

CARRANO, Austregésilo. Nossa psiquiatria é criminosa. *Jornal do Estado*. Curitiba, 19 de maio de 1988.

CARRANO, Austregésilo. SOS...SOS... no setor psiquiátrico. *Jornal do Estado*. Curitiba, 03 de março de 1989.

CARRANO, Austregésilo. **Posfácio**. *Canto dos malditos*. 7. ed. São Paulo: Lemos, 2000.

CEARÁ, Willian. Carrano, o bicho que nasceu para a eternidade. Vídeo Digital: São Paulo, 2010. cor, 15 minutos.

GUIMARÃES, Alô Ticoulat. A ciência psiquiátrica, seu mérito, sua evolução e suas conquistas no terreno da clínica e da terapêutica. *Revista Médica do Paraná*, 1938.

JORGE, Luis Eduardo; BARROS, Waldir Pina de; Kim-Ir-Sem Passageiros de Segunda Classe. Goiás, 2001. 22 minutos, 16 mm.

PARANÁ. Secretária de Segurança Pública. Histórico. Disponível em: <<http://www.seguranca.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=58>>. Acessado em dezembro de 2014.

SUPLICY, Eduardo. Pronunciamento. Senado Federal. 18 de maio de 2010.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. Revista *Mente & Cérebro*. Setembro, 2006.

AMARANTE, Paulo. *Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. In: FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, Paulo. Entrevista. Informe ENSP – Escola nacional de Saúde Pública. Acessado em: 10/12/2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/entrevista/index.php?id=10404>>. Acessado em dezembro de 2014.

AQUINO, Eduardo. *A fabricação da loucura*. Revista Veja, 22 de fevereiro de 1989.

ARANTES, Esther Maria de M. De “criança infeliz” a “menor irregular” - vicissitudes na arte de governar a infância. *Mnemosine* Vol. 1, nº0, p.162-164 2004.

ARAUJO, Maria Paulo; SILVA, Izabel Pimentel; SANTOS, Desirree dos Rei. (orgs.). *Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho*. Rio de Janeiro: Ponteio, 2013.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 3 edição. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. *O alienista*. Adaptação de Sérgio Luis Fischer. Porto Alegre: L&PM, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. *Medo líquido*. Trad.: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BERTRAND, Claude-Jean. *A deontologia das mídias*. Bauru – São Paulo: Edusc, 1999.

BEZERA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo. (org.). *Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

BORGES, Vavy Pacheco. Grandezas e Misérias da biografia. In: *Fontes históricas / Carla Bassanezi Pinsky*, (org.). 2ª Ed. São Paulo: Contexto, 2008.

BOTTON, Alain de. *Nos mínimos detalhes*. Rio de Janeiro, Rocco, 2000.

BUENO, Eduardo. *Brasil uma história: cinco séculos de um país em construção*. Rio de Janeiro: Leya, 2012.

BURGUIÈRE, André (org.). *Dicionário das Ciências Históricas*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1993.

CALLIGARIS, Contardo. *Verdade de autobiografias e diários íntimos*. Revista Estudos Históricos, nº. 21, 1998.

CAMPOS, Rosana Onoko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CASTEL, Robert. *A Ordem psiquiatria: a idade de ouro do alienismo*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e a autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CORBIN, Alain. O prazer do historiador. Entrevista concedida a Laurent Vidal. *Revista Brasileira de História*, vol. 25, nº 49, julho de 2005.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista Saúde Pública*, Santa Catarina: Florianópolis, Volume 6, nº 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DANIELS, Anthony. Drogas a síndrome da mentira. In: *Dicta & Contradicta*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; São Paulo: IFE, 2008.

DANIELS, Anthony. Entrevista: Anthony Daniels: Eles têm culpa sim. *Revista Veja*, 17 de Agosto de 2011.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da, Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6, 2007.

FEITOSA, Adriana (et al). Estudo das experiências da reforma psiquiátrica- Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. *Revista Mnemosine* Vol. 6, nº 1, p. 111-133, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Aurélio: Dicionário escolar da língua portuguesa. 2ª ed. Curitiba: Positivo, 2011.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura: na Idade Clássica*; tradução José Teixeira Coelho Neto. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Edições Graal, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramalhete, Petrópolis: Vozes, 29ª edição, 2004.

GADELHA, Maria Julieta de Oliveira; PAIVA, Cláudio Cardoso de. A representação da doença mental no cinema: *Um estudo de mídia, comunicação e saúde mental. O caso do Bicho de Sete Cabeças*. Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação. Universidade Federal da Paraíba, 2007.

GENTIL, Valentim. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de 'Reforma

Psiquiátrica'. REVISTA USP. São Paulo, n.43, p. 6-23, setembro/novembro 1999.

GUIMARÃES, Jacileide et al. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago, 2001.

GUSMÃO, Sebastião Silva; SOUZA, José Gilberto de. *História da Neurocirurgia no Brasil* - 2ª edição. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, 2008.

JANK, Marcos Sawaya. *Desafios de coordenação no agronegócio*. O Estado de São Paulo, 20013. Disponível em: <<http://portalmercadoaberto.com.br/blogs-categoria-det?post=4231>>.

JONES, Maxwell. A comunidade terapêutica. Tradução de Lúcia Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A . Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

KEHL, Maria Rita. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

LEJEUNE, Philippe. *O Pacto Autobiográfico: de Rosseau à Internet*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

MACHADO, Roberto. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: edições Graal, 1978.

MACRAE, Edward. *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias*. Salvador: EDUFBA; UFBA / CETAD, 2004.

MARGONATO, Fabiana Burdini; BONETTI, Maria de Fátima de Souza; NISHIYAMA, Paula. Reações adversas ao haloperidol. *Infarma*, v.16, nº 9-10, 2004.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *Revista História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, vol. 10, Maio/Agosto, 2003.

NAPOLITANO, Marcos. "A História depois do papel" in PINSKY, Carla Bassanezi. *Fontes Históricas*. São Paulo: ed. Contexto, 2008.

NARDI, Antonio Egidio. Eletrochoque. *Revista Ciência Hoje*. Vol. 52, novembro de 2013.

OLIVA, Vitor Hugo Sambati; FILHO, Dirceu Zorzetto; NETO, Francisco Lotufo. O retrato da psiquiatria pelos cinemas norte-americano e brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*. vol.: 37 no.2 São Paulo 2010.

PAES, Janiere Portela Leite. O Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente: *avanços e retrocessos*. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 20 maio 2013. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.43515&seo=1>>. Acesso em: 21 outubro 2014.

PELBART, Peter Pál. *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

Pinel, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental VII [online] 2004*. Saúde e democracia: a luta do CEBES.: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017762011>>. Acessado em maio de 2015.

RAMONET, Ignácio. *Tiranía da comunicação*. Petrópolis, Vozes, 1999.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica de saúde como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, março 12 (1), 2008. p. 173 – 178.

ROSZAK, Theodore. *A Contracultura*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2ª edição, 1972.

SABBATINI, Renato. M. E. A história de psicocirurgia. *Cérebro & Mente*, número 4, dezembro de 1997 a fevereiro de 1998. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/index04.htm>>. Acesso em: outubro. 2014.

SZASZ, Thomas S. A Fabricação da loucura: *um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

VARELLA, Drauzio. Entrevista Márcia de Macedo Soares. Entrevista: Eletrochoque /Eletroconvulsoterapia. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>>. Acessado em janeiro de 2015.

VEYNE, Paul Marie. Como se escreve a história: *Foucault revoluciona a história*. Trad. e Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4ª edição, Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

VIDAL, Sergio. Da diamba à maconha: usos e abusos da Cannabis sativa e da sua proibição no Brasil. *Boletim Drogas e Violência no Campo*. Ano 4 nº 11. Publicado em 09/05/2008. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=304>.

XAVIER, Ismail. (org.). A experiência do cinema: *antologia*. Rio de Janeiro: Edições Graal: Embrafilme, 1983.