



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
DOUTORADO EM HISTÓRIA**

RONIVALDO DE OLIVEIRA REGO SANTOS

**DE PALÁCIO A POCILGA: UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA (1954-1997)**

**Goiânia
2025**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE HISTÓRIA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Ronivaldo de Oliveira Rego Santos

3. Título do trabalho

DE PALÁCIO A POCILGA: UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA
(1954-1997)

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a)** consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
- b)** novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ronivaldo De Oliveira Rego Santos, Discente**, em 09/04/2025, às 21:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Sergio Duarte Da Silva, Usuário Externo**, em 11/04/2025, às 10:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5301622** e o código CRC **3A6B90D3**.

RONIVALDO DE OLIVEIRA REGO SANTOS

**DE PALÁCIO A POCILGA: UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA (1954-1997)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em História, da Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás, como requisito para a obtenção de título de Doutor em História.

Linha de pesquisa: Ideias, Saberes e Escrita da (e na) história

Área de concentração: Culturas, Fronteiras e Identidades.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sérgio Duarte da Silva

**Goiânia
2025**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Santos, Ronivaldo de Oliveira Rego
DE PALÁCIO A POCILGA: [manuscrito] : UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA (1954-1997) / Ronivaldo de Oliveira Rego Santos. - 2025.
CCCXXVIII, 328 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Sérgio Duarte da Silva.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História (FH), Programa de Pós-Graduação em História, Goiânia, 2025.
Bibliografia.
Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Biopolítica. 2. Governo da população. 3. Internamento. 4. Psiquiatrização. 5. Goiás. I. Silva, Luiz Sérgio Duarte da, orient. II. Título.

CDU 94(817.3)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE HISTÓRIA

ATA DE DEFESA DE TESE

Ata nº **016/2025** da sessão de **Defesa de Tese** de **RONIVALDO DE OLIVEIRA REGO SANTOS**, que confere o título de **Doutor(a) em História**, na área de concentração em **Culturas, Fronteiras e Identidades**.

Ao/s **sete dias do mês de abril do ano de dois mil e vinte e cinco**, a partir da(s) **14h00min**, via **Videoconferência**, realizou-se a sessão pública de **Defesa de Tese** intitulada **"DE PALÁCIO A POCILGA: UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA (1954-1997)"**. Os trabalhos foram instalados pela Presidente da banca, Professor(a) Doutor(a) **Luiz Sérgio Duarte da Silva (PPGH/UFG)**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) **Roseli Martins Tristão Maciel (UEG)**, membro titular externo; Professor(a) Doutor(a) **Marlon Jeison Salomon (PPGH/UFG)**, membro titular interno; Professor(a) Doutor(a) **Eduardo Sugizaki (PUC-Goiás)**, membro titular externo; Professor(a) Doutor(a) **José Ignácio Allevi (CONICET/Argentina)**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta, a fim de concluir o Julgamento da **Tese**, tendo sido(a) o(a) candidato(a) **aprovado(a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) **Luiz Sérgio Duarte da Silva**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) **sete dias do mês de abril do ano de dois mil e vinte e cinco**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Pereira Alencar Arrais, Coordenador de Pós-Graduação**, em 09/04/2025, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luiz Sergio Duarte Da Silva, Usuário Externo**, em 11/04/2025, às 10:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marlon Jeison Salomon, Professor do Magistério Superior**, em 14/04/2025, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5298465** e o código CRC **C4A5F7BE**.

Dedico esta tese à minha esposa, Sandra Michele, aos meus filhos Maria Vitória, Vinícius Gabriel e Daniel, que suportaram tanto a ausência quanto o estresse durante essa trajetória. Dedico também à minha mãe, Maria de Fátima, e ao meu pai, Altaídes. Receber o título de doutor é também o reconhecimento do esforço e trabalho que realizam até hoje. Obrigado por tudo.

“O corpo do internado transformou-se em um mero lugar de passagem: um corpo indefeso, deslocado como um objeto de um para outro pavilhão. Através da imposição do corpo único, sem problemas e sem contradições da instituição, nega-se ao internado, concreta e explicitamente, a possibilidade de reconstruir-se um corpo próprio capaz de dialetizar o mundo”
(Basaglia, A instituição negada)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Dr. Luiz Sérgio Duarte da Silva, que ao orientar, propiciou não só intensidades, mas a abertura de um caminho sem igual, que é liberdade para me tornar um pesquisador minimamente autônomo.

Ao professor Dr. Eduardo Sugizaki, orientador do mestrado, amigo e um dos principais parceiros de pesquisas há mais de uma década.

Aos demais membros da banca, prof. Dr. Marlon Jeison Salomon e a Profa. Dra. Roseli Tristão Maciel, Prof. Dr. José Ignácio Allevi pelas intensas e respeitadas observações, a partir das quais esta pesquisa pode se tornar mais sóbria.

Aos jornalistas Thauany Mello e Luiz Phelipe Araújo pela disponibilidade em passar os contatos de pessoas tão importantes para a história do Aduino Botelho de Goiânia.

Ao Doutor Abrão Marcos, que além da sua história com o *Aduino Botelho* de Goiânia, foi generoso ao receber em sua casa um estrangeiro para conversar sobre um passado que ainda se faz muito presente.

À Vera Lúcia Cardoso, terapeuta ocupacional, Coordenadora de Saúde Mental do Estado, no final da década de 1980. Não só pela generosidade, mas por toda a experiência narrada.

À Virgínia Novaes, enfermeira que trabalhou no Aduino Botelho de Goiânia.

Ao fotógrafo Kim-Ir-Sem, um dos produtores do documentário *Passageiros da Segunda Classe*, uma das pessoas culturais voltadas à contestação dos manicômios e uma das mais importantes de Goiás. Sua colaboração foi essencial.

À Secretaria Municipal de Educação de Campos Belos e ao Prefeito Pablo Geovanni, por não impor qualquer dificuldade para concessão da Licença Remunerada para Aprimoramento, sem a qual essa pesquisa não poderia ter sido realizada.

À Professora Helene Zica, pela compreensão quanto às minhas ausências e pelo carinho de sempre.

À Professora Mestre Júnia Januária Garcia, por mais uma vez fazer a correção gramatical e ortográfica, mas, muito mais importante, por ser uma amiga com quem sempre posso contar.

Aos membros do Grupo La Folie, que direta e indiretamente possibilitaram reflexões em conjunto sobre questões teóricas e operacionais que ajudaram na formatação desta tese.

À Professora Dra. Ana Carolina Eiras Coelho, pela acolhida tão agradável e intensa durante a disciplina de Estudos de Gênero, no PPGH.

À Professora Dra. Larissa Árbues Carneiro, do IPTSP, pela colaboração nas buscas pelos arquivos do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Mesmo que não tenhamos obtido sucesso, isso também nos fez compreender, ainda melhor, como funcionam as entranhas do poder no nosso estado.

Agradeço, ainda, aos meus irmãos, Luciano, Roberto e Ronilson, pelo carinho, cuidado e disponibilidade.

À minha sogra Maria e minha cunhada Silmara, a rede de apoio fundamental para acolher minha esposa e filhos durante as minhas viagens.

À Professora Dra. Marizeth Ferreira Farias e ao Dr. Márcio Henrique Silva Souza pela acolhida sempre carinhosa e muito gentil em Goiânia.

Por fim, agradeço aos compadres Idonizeth Alves e Lucas Dourado, por serem meus interlocutores forçados, uma vez que em nossas reuniões sempre apareciam assuntos da tese.

RESUMO

Esta tese problematiza a trajetória do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia, do ano de sua inauguração (1954) até os processos que levaram ao seu fechamento e demolição (1997). Para isso, parte-se da noção de biopolítica, considerando que a instituição foi criada como dispositivo de governo da população a partir do encerramento dos loucos e considerados anormais. A hipótese é que a instituição, desde a sua inauguração até o seu fechamento, foi utilizada como dispositivo biopolítico de governo da população desviante, formada não somente pelos considerados loucos, mas também por pobres e anormais de toda sorte. Sendo assim, uma de suas principais funções foi a limpeza e saneamento das ruas e espaços públicos. As principais fontes utilizadas são fotos inéditas da instituição, notícias jornalísticas de periódicos variados, como *Jornal de Notícias*, *O Popular*, *Folha de Goiaz*, *Correio Braziliense*. Analisam-se, ainda documentos internos da instituição, como o esboço do regimento, a descrição das rotinas, documentos produzidos pela Ditadura Militar, relativos às denúncias de pessoas vinculados à instituição, *Relatório de auditoria da OSEGO*. A tese organiza-se em cinco capítulos. No primeiro deles analisa-se a disputa em torno da noção de biopolítica, que pode ser verificada a partir das interpretações de Foucault realizadas por Agamben, Esposito e Mbembe. Destaca-se a sua relação com a psiquiatrização e como, desde o grande internamento até as mais modernas e sofisticadas experiências, a psiquiatria foi se desenvolvendo e se ampliando como dispositivo de governo da população. No segundo capítulo, faz-se um recuo para compreender as nuances da relação entre psiquiatria, eugenia e higiene mental, sublinhando que a política nacional de difusão dos hospitais psiquiátricos pelo Brasil se desenvolveu a partir de uma linha tênue entre a eugenia e a higiene mental. Em seguida, será realizado uma apresentação geral dos Adautos Botelho em Sergipe, no Paraná, no Espírito Santo e no Mato Grosso. A partir do terceiro capítulo problematiza-se o manicômio goiano, destacando o contexto da sua primeira década e como ele teria influenciado não só na questão da gestão da loucura, mas também mobilizado a sociedade. O quarto capítulo debate o contexto da Ditadura e como o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia teria se tornado uma instituição abandonada e que internava pessoas abandonadas. Paradoxalmente, é ainda nos primeiros anos da década de 1980 que os primeiros movimentos mais robustos, na tentativa de reformar a instituição, começam a surgir. Do mesmo modo, é ainda nesse período que a instituição passa por um processo de medicalização disciplinar por meio da formulação de regulamentos e normativas internas. No último capítulo, são examinados os esforços de reformulação da mentalidade e da estrutura da instituição, bem como a partir de interesses políticos e imobiliários o espaço começou a ser objeto de disputa, que levou ao seu fechamento e posterior demolição do espaço arquitetônico.

Palavras-chave: Biopolítica. Governo da população. Psiquiatrização. Internamento. Goiás.

ABSTRACT

This doctoral thesis problematizes the trajectory of the *Adauto Botelho* Psychiatric Hospital in *Goiânia*, from the year of its opening (1954) to the processes that took it to its closure and wrecking (1997). In order to accomplish it, the notion of biopolitics is approached, by regarding that the institution was created as a governing population device after the confinement of the insane and unnatural individuals. The hypothesis is that the institution, from its opening until its closure, was used as a biopolitical device for governing the transgressor population, not only those considered insane, but also the poor and unnatural of all manners. Thus, one of its main missions was the cleaning and sanitation of streets and public areas. The primary sources utilized are unpublished photographs of the institution and journalistic news from several periodicals, such as *Jornal de Notícias*, *O Popular*, *Folha de Goiás*, and *Correio Braziliense*. The research analyzes the institution's internal documents as well, such as the regiment sketch, the overview of routines, documents produced by the Military Dictatorship, related to people complaints linked to the institution, and the OSEGO audit report. The thesis is organized into five chapters. The first chapter analyzes the dispute surrounding the notion of biopolitics, which can be analyzed based on the interpretations of Foucault made by Agamben, Esposito, and Mbembe. It also highlights its relationship with psychiatrization and how, from the mass internment to the most modern and sophisticated experiences, psychiatry has been developing and expanding as a device for governing the population. The second chapter retreats to comprehend the nuances of the relationship between psychiatry, eugenics, and mental hygiene, and underlining that the national policy of spreading psychiatric hospitals throughout Brazil developed on the thin line between eugenics and mental hygiene. Next, will be carried out a general presentation of the *Adauto Botelho* family in *Sergipe*, *Paraná*, *Espírito Santo* and *Mato Grosso*. The third chapter will problematize the *goiano* asylum, highlighting the context of its first decade and how it influenced not only the issue of managing insanity, but also mobilized the whole society. The fourth chapter will discuss the context of the dictatorship and how the *Adauto Botelho* Psychiatric Hospital in *Goiânia* became an abandoned institution that sheltered rejected people. Paradoxically, it was still in the early 1980s that the first stronger movements looking for trying to reform the institution began to appear. In the same way, it was also during this period that the institution suffered a process of disciplinary medicalization through the formulation of internal rules. The last chapter analyzes the main endeavors to remake the institution mentality and structure, as well as based on political and real estate interests, the space became the object of dispute, which took to its closure and subsequent wrecking of the architectural space.

Keywords: Biopolitics. Government of the population. Psychiatrization. Internment. Goiás.

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour objectif central de problématiser l'histoire de l'hôpital psychiatrique Aduato Botelho de Goiânia, depuis son ouverture (1954) jusqu'aux processus qui ont conduit à sa fermeture et à sa démolition (1997). Pour ce faire, nous nous basons sur la notion de biopolitique, en considérant que l'institution a été créée comme un dispositif de gouvernement de la population par l'enfermement des fous et des personnes considérées comme anormales. Notre hypothèse est que l'institution, depuis son inauguration jusqu'à sa fermeture, a été utilisée comme un dispositif biopolitique de gouvernement de la population déviante, non seulement des personnes considérées comme folles, mais aussi des pauvres et des anormaux de toutes sortes. À ce titre, l'une de ses principales fonctions était de nettoyer et d'assainir les rues et les espaces publics. Les principales sources utilisées sont des photos inédites de l'institution, des articles de presse provenant de différents périodiques, tels que le *Jornal de Notícias*, *O Popular*, *Folha de Goiás*, *Correio Braziliense*. Nous avons également analysé les documents internes de l'institution, tels que son projet de règlement et une description de ses activités, documents produits par la Dictature Militaire, relatifs à des plaintes de personnes liées à l'institution, le *Rapport d'audit de l'OSEGO*. Cette thèse est organisée en cinq chapitres. Le premier examine la controverse concernant la notion de biopolitique, qui peut être analysée à partir des interprétations de Foucault par Agamben, Esposito et Mbembe. Ce chapitre met également en évidence son rapport avec la psychiatrisation et la manière dont, du grand enfermement aux expériences les plus modernes et les plus sophistiquées, la psychiatrie s'est développée et étendue en tant qu'instrument de gouvernement de la population. Dans le deuxième chapitre, nous prendrons du recul pour comprendre les nuances de la relation entre psychiatrie, eugénisme et hygiène mentale, en mettant l'accent sur le fait que la politique nationale de diffusion des hôpitaux psychiatriques dans tout le Brésil s'est développée sur une ligne ténue entre eugénisme et hygiène mentale. Ce chapitre sera suivi d'une présentation générale des Hôpitaux Aduato Botelho de Sergipe, du Paraná, d'Espírito Santo et du Mato Grosso. Le troisième chapitre proposera une problématisation de l'asile de Goiás, en soulignant le contexte de sa première décennie et la manière dont il a non seulement influencé la gestion de la folie, mais aussi mobilisé la société. Le quatrième chapitre traitera du contexte de la dictature et de la manière dont l'hôpital psychiatrique Aduato Botelho de Goiânia en vint à être une institution abandonnée et qui internait des personnes abandonnées. C'est paradoxalement au début des années 1980 que les premiers mouvements plus vigoureux visant à réformer l'institution ont commencé à émerger. Mais c'est aussi à cette époque que l'institution a connu un processus de médicalisation disciplinaire à travers la formulation de règlements et de normes internes. Le dernier chapitre analysera les principales tentatives de reformulation de la mentalité et de la structure de l'institution, ainsi que la manière dont, sur la base d'intérêts politiques et immobiliers, ce lieu a commencé à faire l'objet de contestations, ce qui a conduit à sa fermeture et à la démolition ultérieure de l'espace architectural.

Mots-clés: Biopolitique. Gouvernement de la population. Psychiatrisation. Enfermement. Goiás.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E MAPAS

Figura 1: Brooklin State Hospital (NY – EUA).....	92
Figura 2: Manicômio Nacional (Assunção – Paraguai).....	93
Figura 3: Membros Honorários da Liga Brasileira de Higiene Mental.....	123
Figura 4: Vista aérea do HCAB em 1955.....	139
Figura 5: Vista aérea do Aduino Botelho do Espírito Santo - 1978.....	142
Figura 6: visão aérea dos Aduino Botelho do Paraná e do Espírito Santo.....	145
Figura 7: Paciente sendo preparada para sessão de eletrochoque, <i>Aduino Botelho de Goiânia</i> (1985-86).....	195
Figura 8: Pacientes depois da sessão de eletrochoque Aduino Botelho de Goiânia (1985-86).....	197
Figura 9: Interior do Aduino Botelho de Goiânia em 1983.....	234
Figura 10: Homens internados no Aduino Botelho de Goiânia (1983).....	236
Figura 11: Mulheres internadas no Aduino Botelho de Goiânia (1983).....	237
Figura 12: Internos no Aduino Botelho de Goiânia (1984).....	259
Figura 13: Pacientes ajudando na alimentação.....	261
Figura 14: Paciente lavando pratos.....	261
Figura 15: Mulheres internadas no horário de almoço (1985-86).....	264
Figura 16: Cozinha do Aduino Botelho de Goiânia após reforma (1988).....	274
Figura 17: Mulheres na enfermaria no Aduino Botelho de Goiânia.....	275
Figura 18: Oficina de teatro.....	276
Figura 19: Mosaico com oficinas e atividades desenvolvidas no Aduino Botelho de Goiânia.....	277
Figura 20: Demolição do Aduino Botelho de Goiânia (05/08/1997).....	293
Figura 21: Demolição Aduino Botelho de Goiânia (09/01/1998).....	294
Figura 22: Demolição do Aduino Botelho de Goiânia (07/08/1998).....	294
Tabela 1: Instituições psiquiátricas nos países da América Latina, com ênfase no século XIX.....	90
Tabela 2: Estados e percentual de esterilizações Durante a Ditadura Empresarial Militar.....	187
Tabela 3: relação servidores/internos 1972.....	221
Mapa 1: Estados em foram internados presos políticos em manicômios.....	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AI5** – Ato Institucional nº 5
- ANIGO** – Associação do Anistiados de Goiás
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSAD** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPSI** – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CEME** – Central de Medicamentos
- CIA** – Companhia de Inteligência Americana
- CIAPS** – Centro Integrado de Atenção Psicossocial
- CNV** – Comissão Nacional da Verdade
- CPMI** – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
- CRISA** – Consórcio Rodoviário Intermunicipal S/A
- CT** – Comunidade Terapêutica
- DAP** – Divisão de Assistência a Psicopatas
- DOPS** – Departamento de Ordem Política e Social
- ECT** – Eletroconvulsoterapia
- FUNESA** – Fundação Estadual de Saúde (Sergipe)
- IELA-UFSC** – Instituto de Estudos Latino-Americanos Universidade Federal de Santa Catarina
- HC** – Hospital Colônia
- HCAB** – Hospital Colônia Adauto Botelho (Paraná)
- HDT** – Hospital de Doenças Tropicais
- HEAC** – Hospital Estadual de Atenção Clínica (Espírito Santo)
- HNA** – Hospital Nacional dos Alienados
- HPPAB** – Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho (Goiás)
- HUGO** – Hospital de Urgências de Goiânia
- INPI** – Instituto de Neuropsiquiatria Infantil
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- LBHM** – Liga Brasileira de Higiene Mental
- MEC/USAID** – Ministério da Educação e Cultura/*United States Agency for International Development* (Acordo)
- MJ** – Manicômio Judicial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OSEGO – Organização da Saúde do Estado de Goiás

PISAM – Programa Integrado de Saúde Mental

PUC-GO – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

REME – Movimento Renovação Médica

SAHF – Setor de Assistência Hetero-Familiar

SANEAGO – Saneamento de Goiás S/A

SAP – Serviço de Assistência a Psicopatas

SGPA – Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SPHM – Serviço de Profilaxia e Higiene Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

UCG – Universidade Católica de Goiás

UFG – Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO 1 - BIOPOLÍTICA E PSIQUIATRIZAÇÃO: DOS ASILOS À PSIQUIATRIZAÇÃO DA SOCIEDADE.....	43
1.1 Biopolítica: polissemia e disputa.....	44
1.2 Do <i>grande internamento</i> à psiquiatria do social	62
1.3 As reformas psiquiátricas.....	74
1.3.1 A psiquiatria de setor francesa.....	75
1.3.2 A antipsiquiatria inglesa e a experiência de Basaglia	77
1.3.3 O caso estadunidense	83
1.3.4 As psiquiatrias latino-americanas	88
1.3.5 A psiquiatria do normal e as drogas psiquiátricas.....	96
1.3.6 Os caminhos da reforma psiquiatria no Brasil	103
CAPÍTULO 2 - MANICÔMIOS E PSIQUIATRIZAÇÃO SOCIAL NO BRASIL.....	110
2.1 Eugenia, higienismo e psiquiatria no Brasil.....	111
2.2 Os <i>Adautos Botelhos</i> : psiquiatria social no Brasil.....	130
a) O <i>Adauto Botelho</i> do Sergipe.....	135
b) O <i>Adauto Botelho</i> do Paraná	138
c) O <i>Adauto Botelho</i> do Espírito Santo	141
d) O <i>Adauto Botelho</i> do Mato Grosso.....	145
CAPÍTULO 3 - PSIQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA EM GOIÁS: O <i>ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA</i>	150
3.1 A loucura na primeira década do <i>Adauto Botelho de Goiânia</i>	150
3.2. Representações da loucura na primeira década do <i>Adauto Botelho de Goiânia</i>	165
CAPÍTULO 4 - O <i>ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA</i> SOB A DITADURA MILITAR....	181
4.1 Aspectos gerais da Ditadura no Brasil	182
4.2 As contradições do <i>Adauto Botelho de Goiânia</i> no período ditatorial	189
4.2.1 Medicalização disciplina.	203
4.2.2 A questão familiar, superlotação, abandono e pobreza	211
CAPÍTULO 5 - <i>ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA</i> : PROPOSTAS, REFORMAS, E A DESATIVAÇÃO/DEMOLIÇÃO.....	243
5.1 Propostas de reformas: transformar o asilo em hospital	244
5.2. Ações que materializaram as projeções	264
5.3 Impasses acerca da desativação e da demolição.....	280
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	297
FONTES.....	304
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	312

INTRODUÇÃO

Este estudo objetivou compreender os processos, as continuidades e rupturas, os fluxos e contrafluxos que compõem a situação do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho de Goiânia [doravante *Aduino Botelho de Goiânia*], os quais ocorrem entre um conjunto de documentos fundamentais. A pesquisa analisou o percurso do manicômio público de Goiás, a partir de cinco peças do arquivo delimitadoras do nosso objeto, são elas: o trecho de uma das mensagens do então governador de Goiás, Pedro Ludovico Teixeira, em 1952, que destaca o aspecto palaciano do *Aduino Botelho de Goiânia*:

Não se achando concluído, por circunstâncias especiais, alheias à nossa vontade, o Hospital Colônia para alienados, cuja obra se encontra em adiantado estágio de construção, Serviço de Assistência a Psicopatas, de que não descuramos, continua a funcionar no Manicômio [...]. Não contando com hospital especializado, a Secretaria improvisou um abrigo destinado a isolamento de indigentes portadores da chamada peste branca, servindo-se para esse fim, de algumas dessas existentes no local em que está sendo edificado o *majestoso* Hospital Dr. Aduino Botelho (TEIXEIRA, 9/5/1952, p. 9, grifo nosso)

Em seguida, um conjunto de três discursos proclamados no dia de Inauguração da instituição, em Goiânia, no ano de 1954, proferido por José Alair, Geraldo Brasil e Peixoto da Silveira

[José de Alair] “Inegavelmente, este constitui o marco inicial de um ano fecundo para Goiás, no setor de inauguração de melhoramentos públicos. No gênero, este o único estabelecimento hospitalar no Brasil Central. [...] Malgrado desconhecido de quase totalidade dos habitantes de Goiânia, é este o maior bloco de construção, constituindo um só corpo, desta Capital, já que temos aqui 4.500 mts² de área coberta. Excluídas as dotações despendidas com os serviços assessórios de água, esgoto, muros de contenção, terraplanagem e outros, toda essa área edificada ficou para o Governo, em média, ao preço de Cr\$ 1.200,00 o m². A parte levantada não representa metade do projeto geral, pois, devem ser construídos mais pavilhões de calmos, assim como de menores, sórdidos, delinquente e outros, para débeis mentais de ambos os sexos. [...] Oxalá possa esta Casa, confiada a esse grande estudioso da psiquiatria que é o Dr. Geraldo Brasil, preencher as altas e humanitárias finalidades para as quais foi criada, disseminando, às man-cheias, o bem aos mentalmente anormais de todo o nosso caro Goiás.” (Folha de Goiás 04/04/1954).

[Geraldo Brasil] “Esta oportunidade constitui motivo de grata satisfação para o Governo deste Estado, que há muito desejava prestar, a tão dignos representantes da cultura nacional, sinceras homenagens pelos relevantes serviços que vem prestando a este Estado com operosa e sábia administração, nos setores que lhes dizem respeito. Também a Classe Médica deste Estado mediterrâneo conhecedora dos méritos e alto espírito filantrópico de tão aureolados cientistas patricios, ansiava para tributar-vos o seu profundo agradecimento pelo muito que tendes feito no sentido de elevar o padrão da assistência médica no setor a cada um inerente, repercutindo favoravelmente na

atividade profissional de todos os esculápios que militam nesta terra. [...] Foi para nós, do coração do Brasil, nós que marchamos para o oeste num verdadeiro sentido de brasilidade, motivo do grande júbilo a criação do Ministério da Saúde. [falando ao ministro da saúde Miguel Couto Filho] Como é do vosso conhecimento, vosso idolatrado Pai [Miguel Couto] pioneiro na emancipação do Serviço de Saúde no Brasil, afirma em 1930, que: “*Não havia ainda penetrado em todas as consciências, que a primeira riqueza de uma nação, é o homem, o seu sangue, o seu cérebro e seus músculos e que ela estaria fatalmente condenada a decadência, quaisquer que fossem os tesouros que encerrassem quanto o homem que os habites não os merecesse*” [...]. [Dirigindo-se a Adauto Botelho]. Constitui um paradigma para o administrador que visa ao bem-estar social e mental da coletividade. É este o desideratum que brilhantemente vindes conseguindo com as douradas medidas tomadas no ministério que vos coube a honra de dirigir. [...] Certo estou que agora venho me referindo, apenas a uma folha da árvore frondosa e amiga que todos acolhe e que há muito foi plantada no solo brasileiro pela magnanimidade de vosso espírito e irrigada por vossa notável inteligência. As vossas realizações de ordem científica e administrativa no setor psiquiátrico são todas impregnadas de alta sabedoria e proficiência e por serem inúmeras e de transcendental importância, jamais poderiam ser por mim fielmente enumeradas aqui. No entanto, nenhum dos aqui presentes ignora os novos rumos que destes a assistência a alienados em nosso país. É grande a distância que separa as instalações dos atuais hospitais psiquiátricos do antigo casarão da Praia Vermelha construído em 1842, que como se sabe, foi tido na época como um verdadeiro palácio dado aos loucos e um dos mais modernos edifícios do gênero em todo o mundo (Folha de Goiás, 04/04/1954, *grifo meu*).

[Peixoto da Silveira] “Fixando diretrizes que valem como um programa, em um substancial discurso de posse no cargo de Ministério da Saúde, disse, Sua Excia. O Sr. Miguel Couto Filho, cuja honrosa presença engrandece esta solenidade”: ‘Dentre os deveres primordiais do Governo nenhum pode sobrepor-se ao de assistir à saúde do povo; este problema no nosso vasto Brasil encerra tamanha gravidade, tal amplitude e magnitude, que para ele se deve atentar com grande patriotismo; os recursos e os esforços máximos do Governo precisam ser mobilizados para curar, robustecer e valorizar o homem brasileiro’.

Sintetiza-se nestas palavras, o zelo de um homem pela vida de nossa gente, e definem-se os propósitos do Governo de promover o aperfeiçoamento da nossa raça. E ao ensejo da inauguração do Hospital Prof. Adauto Botelho, eu me felicito, e a todos vós, pela oportunidade que se nos depara, pelo motivo que, aqui nos congrega, fazendo-nos vibrar no mais puro e santo entusiasmo, em que nos despersonalizamos para integrar na grande epopeia do amor aos nossos semelhantes.

Esse nosocômio nasceu por força do convênio assinado no início de 1947, entre o S. N. D. M., pelo seu diretor, Prof. Adauto Botelho e o Estado de Goiás, pelo Senador Dário Cardoso. Como representante desta Unidade Federativa, tendo sido as obras contratadas com a Firma Goianenge que a iniciou em 1948. Inicialmente, cumpre salientar o espírito patriótico do Sr. Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Professor Adauto Botelho, que, espontaneamente, ofereceu, a este Estado, longínquo, a oportunidade de vir a possuir uma unidade hospitalar, que quando completada, rivalizar-se-á com as mais modernas do País.

Este o motivo, sobremaneira justo, porque foi escolhido o vosso nome, Sr. Prof. Adauto Botelho, para esta casa, num justo preito de reconhecimento ao seu benfeitor, seja apenas uma modesta homenagem ao vosso ilustre e aureolado nome. Como patrono deste hospital, madrugando na política interiorista que, hoje felizmente, já se vem generalizado nos demais serviços federais, fizeste-vos credor da estima e da gratidão do Governo e do povo de Goiás, em cujo nome tenho a honra de manifestar-vos, Sr. Prof. Adauto Botelho, os mais indelévels e sinceros agradecimentos.

Em parte devido aos precalços [percalços] burocráticos que soem interferir em obras deste vulto, em parte devido às naturais dificuldades do meio, a execução da planta ainda não se fez totalmente, mas os pavilhões concluídos já constituem um grande hospital, com capacidade para 120 leitos. Para aqui, logo após essa solenidade, serão baldeados 70 doentes que temos internados do hospício velho, cuja capacidade encontra-se há muito ultrapassada e, apesar da dedicação do seu Diretor, Dr. Geraldo

Brasil e dos demais funcionários, não era possível atender convenientemente aos doentes que se achavam ali internados.

Daí a oportunidade desta obra cuja inauguração, por si mesma tão necessária e utilitariamente agradável ao Governo do Estado, torna-se ainda mais grata e aprazível por contar não só com a presença de seu epônimo, como de Sua Excia. O Sr. Ministro da Saúde e ilustre comitiva.

Além do nome de herdastes. Sr. Ministro Miguel Couto Filho, herdastes a alma e o coração, o espírito e o patriotismo do grande Mestre cuja descendência dignificais.

O acerto do sr. Presidente da República em vos colocando à testa da Pasta da Saúde, fundamentou-se na dedicação de uma vida, de estudioso de nossos mais graves problemas sanitários, em admirável “full time” de patriotismo; atesta-se pela sábia escolha que fizestes de vossos eficientes auxiliares, muitos dos quais nos honram neste instante; confirma-se pelo vosso espírito patriótico que sabe orientar, dirigir e exemplificar.

Homem de larga visão administrativa, consciente da grande responsabilidade de possuir sob vossa custódia a assistência médico-sanitária dos habitantes de um país que não é apenas faixa à beira-mar, já denunciastes a necessidade de uma atuação mais ubíqua, quando proclamastes que, “a assistência médico-social no meio rural é uma providência básica, primordial, para fixar-se o homem ao campo”.

Assim, Sr. Ministro, permite-me que vos apresente, em nome do Sr. Governador e do povo de Goiás, as nossas mais sinceras saudações extensivas aos vossos dignos auxiliares que convosco estão embrenhando-se pelos sertões adentro, onde mora o cerne da nacionalidade, nesta jornada evangelizadora da saúde de nossa gente, nesta marcha benfazeja de luz e de fé.” (FOLHA DE GOIAS 03/04/1954).

Assim sendo, anos mais tarde, depois de inúmeras contradições sociais, políticas e econômicas, especialmente as transformações oriundas tanto da Ditadura quanto do nascimento do SUS, o *Adauto Botelho de Goiânia* é fechado sob os signos do seguinte enunciado do Governador Maguito Vilela:

Quem governa o Estado sou eu, sou eu quem dou destino à áreas públicas de Goiás. Não é este ou aquele sindicato, ou esta ou aquela instituição [...]. Estou demolindo um prédio que não serve *nem pra pocilga*, e não sei por que o Ministério Público interfere nessas coisas (O Popular, 5/8/1997, p. 3b, grifo nosso).

Sendo mais explícito, o que está em jogo aqui é justamente mostrar os movimentos, as contradições que levaram ao fechamento e a destruição do prédio, considerado um símbolo da modernidade na sua inauguração, quase um palácio, para, em pouco mais de 40 anos, se transformar, segundo as palavras do então governador, em uma pocilga. Nesse sentido, minha hipótese é que a instituição desde a sua inauguração até o seu fechamento foi utilizada como dispositivo biopolítico de governo da população desviante, não somente os considerados loucos, mas, também os pobres e anormais de toda sorte. Sendo assim, sua função foi de limpeza e saneamento das ruas e espaços públicos.

Notadamente, essa reconstituição nos coloca frente a frente com problemas que são nossos, problemas que nos acometem em demasia, especialmente em tempos nos quais novamente emerge o debate sobre a clausura, sobre o fechamento dos indivíduos e acaba se

tornando comum, em função da pandemia e do pós-pandemia, e no exato momento em que uma parte sociedade brasileira tenta mitigar os efeitos dos ventos conservadores, que impulsionaram retrocessos nas políticas de saúde mental. Isso, portanto, deixa em relevo a atualidade da questão para além do saber-poder médico, para além da psiquiatria, e se coloca no lugar das relações sociais mais comuns. Em decorrência disso, mesmo indiretamente, as discussões desta proposta acabam por atravessar os espaços e tempos que são os momentos saturados do presente, dos agoras, como destacou Benjamim (1987).

Esses ventos conservadores sopram e se relacionam com o neoliberalismo e o fascismo, por isso ocorre o fundamental retorno à história para se compreender certas questões do presente. Quanto ao objeto em voga, quatro acontecimentos do presente, todos coordenados pelo governo federal sob gestão de Jair Bolsonaro, nos impulsionam a uma reflexão profunda sobre o passado. O primeiro tem a ver com a resolução 13.840 de 05 de junho de 2019 que, entre outras coisas, prevê a internação compulsória e até mesmo o tratamento com eletrochoque; o segundo fato importante tem a ver com a tentativa de supressão da política dos CAPS e da ampliação do financiamento do retorno ao modelo manicomial em colônias e estabelecimentos privados de cunho evangélico¹. O terceiro momento está relacionado aos protocolos de aplicação da eletroconvulsoterapia em crianças autistas, previstas pelos técnicos da área da saúde mental do Ministério da Saúde, na mencionada gestão². O quarto e último acontecimento é a recente chamada pública para a ampliação e financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos³. Esses quatro episódios constituem uma tentativa de retorno a um modelo que se não superado, estava em vias de ser pelo menos mitigado, após longos anos de disputas. Esses fatos, aliados ao recrudescimento e avanço das forças militares e o conservadorismo no interior do governo federal, naquele período, coloca-nos diante da necessidade de refletir sistematicamente sobre determinados períodos da nossa conturbada história. Por isso é preciso

¹ Matéria da Carta Capital destaca como essas instituições foram financiadas e atuaram sob o governo Bolsonaro, especialmente, as de cunho evangélico, que receberam cerca de 70% dos recursos destinados aos setor: Disponível: <https://www.cartacapital.com.br/politica/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas/>.

² O documento original, de 2021, destaca que poderia ser usado o ECT em casos graves de autismo. Contudo, depois da intensa repercussão contra essa sugestão, o texto foi alterado em 2022. Uma das observações da consulta pública destaca o seguinte: “Excluir o item 7.3, ao qual faz referência à eletroconvulsoterapia como opção de tratamento para pessoas com TEA” (PCDT TAE, 2022, p. 11). No documento revisado observa-se que esse item não conta mais com a sugestão do ECT, aliás, trata de negar que seja indicado esse procedimento.

³ Essa chamada foi realizada por meio do Edital de Chamamento Público nº 3/2022. O mais interessante, contudo, é o comentário do então secretário nacional de Cuidado e Prevenção às Drogas, Quirino Cordeiro Jr.: “Antigas políticas ideológicas causaram desassistência aos pacientes com transtornos mentais e dependência química. A Nova Política Nacional de Saúde Mental e a Nova Política Nacional sobre Drogas resgataram os hospitais psiquiátricos como serviços constituintes das redes de tratamento”. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-o-financiamento-de-projetos-de-hospitais-psiquiatricos>.

entender como ocorriam determinadas práticas de internamento e repressão durante um período ainda obscuro da sociedade brasileira e como se articula com uma estrutura social historicamente conservadora e reacionária.

É a partir desses acontecimentos que ainda nos afetam, mesmo agora, sob um governo progressista, pois há sempre um receio do retorno das forças ultraconservadoras ao poder. No caso do *Adauto Botelho de Goiânia*, trata-se de uma instituição ainda muito recente na memória das pessoas que tiveram alguma relação com ela que, observam nesses retrocessos as marcas da política manicomial. Precisamos entender, portanto, o que ocorreu entre a inauguração dessa instituição em 1954 e a demolição do seu prédio. Quais práticas foram desenvolvidas dentro e fora do asilo para que, em pouco mais de quatro décadas, ele tenha passado de palácio a pocilga? O que, do ponto de vista da história local, provocou as mudanças no modo organizar o asilo? E os contextos nacional e internacional, influenciaram de que maneira?

Quanto à temporalidade do objeto de pesquisa, este delimita-se entre 1954, ano de inauguração do *Adauto Botelho de Goiânia*, até o ano de 1997, ano no qual o prédio começou a ser demolido. Inaugurado como sendo uma das mais imponentes e modernas instituições que foram construídas no Centro Oeste, teria sido fechada e demolida sob os signos da precariedade. Sobre a delimitação espacial não se justifica apenas por analisar os processos locais por eles mesmos e sim de analisar os fluxos que influenciaram nos acontecimentos de Goiás, mais especificamente de Goiânia. Com isso, trata-se de analisar os principais acontecimentos teóricos e as práticas que ocorreram especialmente a partir da década de 1940 no Brasil e no mundo e como eles influenciaram nas lutas, nos movimentos e na produção dos discursos. Portanto, se faz necessário, como pano de fundo, uma análise de processos anteriores que foram fundamentais para criação da instituição, para isso, faço um recuo temporal e espacial às discussões teóricas e práticas que antecederam a instituição de Goiás e o conjunto de instituições do mesmo modelo no Brasil.

Nessa perspectiva procuro problematizar e narrar a história do *Adauto Botelho de Goiânia* a partir de três contextos: o contexto da primeira década de existência da instituição, que vai de 1954 até 1963; o segundo período parte da relação entre história da loucura e Ditadura Militar, tendo no *Adauto Botelho de Goiânia* um acontecimento singular, embora não propriamente um caso isolado. Esse recorte aborda o período entre 1964 a 1985, embora não se separe concretamente do momento posterior. O terceiro momento busca contextualizar a instituição no tempo pós-Ditadura e como isso pode ter impactado inúmeros movimentos de contestação ao modelo manicomial em Goiás e como isso pode ter influenciado direta e indiretamente na narrativa no fechamento do referido manicômio.

Do ponto de vista teórico, esta tese lançou mão das categorias e conceitos foucaultianos, também de autores que colaboram para a reflexão sobre o papel das instituições manicomialais. Com o aparecimento da obra *História da loucura*, de Michel Foucault, no ano de 1961, muitas possibilidades de narrar as histórias das instituições psiquiátricas foram estabelecidas, para além da perspectiva unicamente intrainstitucional. Nessa obra, Foucault (2019) mostra como as casas de correção, as casas de trabalho, os hospitais gerais, enfim, o conjunto de instituições que faziam parte do chamado *grande internamento*, só podem ser compreendidas por meio do reconhecimento do contexto social, cultural, político, científico de uma época. A partir da problematização do filósofo francês também é possível investigar as várias manifestações da loucura em outros tantos lugares, assim como as inumeráveis formas de combate produzidas pelas sociedades puderam ser exploradas. Essa amplitude de possibilidades foi chamada por Sugizaki (2020) de campo discursivo da história da loucura, um campo que abre portas e janelas para se pesquisar as inumeráveis manifestações da loucura, em tempos diversos e em lugares outros, bem como se abre a possibilidade de se investigar as formas e tecnologias de exclusão e encerramento dos chamados loucos.

Há, como se observa, uma junção entre as perspectivas adotadas por Foucault em *História da Loucura* e nos cursos que são sua continuidade. De *História da Loucura* aos cursos *O poder psiquiátrico* e *Os anormais*, os caminhos são abertos para esse empreendimento de análise local, regional. Como destaca Maria Clementina da Cunha (1986) para compreender as instituições de internamento, sequestro e internamento, não basta apenas fazer análise interna, recolher os portuários. É preciso uma dupla posição: analisar essas condições internas, mas, também considerando que essas instituições são espelhos do mundo, logo é preciso investigar as condições da vida fora das instituições.

Nesse contexto, considerando que o manicômio não é um anexo da sociedade, considerando que o manicômio é uma criação social e que a loucura só existe em sociedade, é que nos colocamos em condição de investigar os processos que, em determinado momento, levaram a criação de um manicômio estatal e, anos depois, levou à sua desativação e demolição, como é o caso do prédio do *Adauto Botelho de Goiânia*.

Nesse sentido, outros textos de Foucault precisam ser destacados. Especificamente para as pretensões desta pesquisa, quando lemos cursos como *Segurança, território e população* ou ainda *O nascimento da biopolítica* o tema da população, ou melhor, o tema do controle e da gestão da vida dos indivíduos e do grande rebanho humano toma novos contornos, pois, já está em cena, aí, novas e mais sofisticadas formas de governar a vida. Mas, como e em que isso se relaciona com o primeiro livro de Foucault? Direta ou indiretamente, como destaca Le Blanc

(2013), tanto a questão da população quanto do governo dos vivos, já estão presentes em *História da loucura*, e isso pode ser lido no célebre capítulo intitulado de *O grande internamento*. Para além dessas características gerais, é nessas obras posteriores que o conceito fundamental para esta pesquisa é desenvolvido, a noção de biopolítica. Esse conceito torna-se fundamental nesta tese porque é com ele que se pode ter acesso à noção de governabilidade da vida, a partir dos dispositivos biopolíticos, como a eugenia, a higiene e a psiquiatrização da sociedade sendo elementos centrais, tal como Foucault aborda na *História da Sexualidade I*.

Essas condições nos posicionam decisivamente diante da obra de Michel Foucault, para quem não se trata de pensar somente a violência ou a brutalidade desses processos e sim tentar mostrar que tanto a violência quanto a brutalidade estão crivadas por formas de racionalidade. Em *Vigiar e punir*, por exemplo, Foucault (1987) narra a história de como se desenvolveram as práticas punitivas no interior da cultura europeia. Frequentemente, ele mostra que as instituições acabam por institucionalizar certas práticas de punição, de castigo e disciplina que se desenvolvem nas relações de base, nas formas mais cotidianas de convivência. Como Foucault mesmo lembra, é nas relações mais comuns e até mesmo não documentadas que os processos disciplinares vão se constituindo da base para a sociedade mais ampla e organizando as instituições, que, por seu turno, novamente influenciam as bases sociais. Sobre esse processo Foucault (1987) vai dizer que se trata de uma profunda política de fabricação de um sujeito dócil e útil, isto é, de um sujeito dócil do ponto de vista político e útil, produtivo, do ponto de vista econômico. Além do mais, se trata de uma reflexão sobre o modo como se produz os indivíduos, o principal produto que emergirá do capitalismo (Foucault, 1987). Não é em vão que em *As palavras e as coisas* Foucault (1992) aponta que a época clássica é o período do nascimento do homem⁴. Trata-se também de um período em que o desenvolvimento do capitalismo está avançando (Foucault, 1987; Rusch, Kirschheimer, 2004).

Portanto, no quadro geral das análises trata-se de problematizar como a loucura se constitui na sociedade, assim como surgem e se organizam espaços institucionalizados de

⁴ Para uma leitura provocativa dessa noção, desenvolvida a partir de análise rigorosa de *As palavras e as coisas*, destacando obviamente a problematização da história e da finitude, ver Ternes (2009). Comentado sobre como nasce a nossa modernidade, diz o autor: “Ora, a Modernidade nasce no momento em que as coisas deixam de ser percebidas na imediatez da ideia e assumem uma realidade própria, independente. Assumem leis autônomas. Na verdade, não se trata mais das mesmas coisas. Vida, trabalho, linguagem assumem um estatuto radicalmente novo; ao contrário dos objetos clássicos, não se dão na transparência do *cogito*, remetendo, sempre, ao que ainda-não-são” (Ternes, 2009, p. 170). Essa transformação implica justamente a inserção das coisas no tempo, na profanidade do mundo, afastando-se do sonho metafísico absoluto: “Quando os modernos fundam o saber no finito, despertam desse sonho, aceita mover-se na história; engajam-se numa tarefa marcada pelo tempo, pela dispersão, pela destruição, pela morte” (Ternes, 2009, p. 176).

combate e encerramento da loucura (Foucault, 2019; Paula, 2011; Rego Santos, 2020). Logo, é preciso também considerar um conjunto de outros pensadores importantes.

No clássico *Manicômios, prisões e conventos*, Ervin Goffman analisa como se desenvolve um sistema de hierarquias que submete os indivíduos a tramas extremamente complexas. Diante do contexto analisado, Goffman (1974) cunha o termo *Instituições totais*, para as que governam a vida das pessoas integral ou parcialmente. Sobre os manicômios, Goffman (1974) argumenta que esses espaços são representantes inequívocos dessas instituições totais. Essas são aquelas nas quais os indivíduos que lá se encontram, passam pelos mais diversos mecanismos de adaptação, produzindo assim uma subjetividade outra. “A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; [...] Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (Goffman, 1974, p. 22).

Desse modo, sendo lugares sociais, porém naturalizados como espaços de experimentação, os manicômios são considerados um dos locais onde os sujeitos são submetidos a mudança tanto de formação/formatação dos indivíduos quanto também dos grupos familiares; é nesse tipo de instituição que se objetiva o indivíduo, onde o sujeito se torna sujeito, onde toda a sua rede de relações acaba sendo inserida e capturada por inúmeros fluxos de formação. Passam a ser, portanto, governadas. As pessoas são reconduzidas no espaço asilar para um processo de adaptação que tem como finalidade torná-las sujeitos dóceis ideais, que atendam as normas e sejam totalmente adaptáveis às condições externas da organização social, pois as práticas internas nada mais são que adequações dos valores e estruturas sociais externos.

Goffman (1974, p. 24) salienta ainda que “Na linguagem exata de algumas de nossas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu”. Assim, tem-se, portanto, de um conjunto de instituições cuja finalidade é justamente combater formas de subjetivação mais livres e submetê-las às condições de padronização.

Em linguagem antiedipiana (Deleuze, Guattari, 1997) poderíamos dizer que se trata de um movimento complexo a partir do qual mesmo pequenos movimentos nômades, vão sendo capturados. A máquina de guerra nômade vai sendo tomada pelo aparelho de captura do estado e assim formando novas formas de subjetivação e de sujeição. Esses aparelhos de captura podem e são ao mesmo tempo frutos de uma política de normalização e de controle desses fluxos e produtor de outros. São ao mesmo tempo uma constituição das bases e das instituições num processo rizomático, isto é, não se resume em dizer de onde surgem, mas em pensar os intensos e múltiplos fluxos que levam a uma determinada formação dos indivíduos.

Sendo assim, não significa apenas pensar a instituição e sim os múltiplos movimentos que compõem sua análise, uma relação entre o fora e o dentro, entre a profundidade e a superfície, tal como nos ensinou Deleuze (2005).

Para compreender as nuances desses processos e avançar para o contexto local, é fundamental ir com e além de Foucault e pensar, por exemplo, uma tentativa de superação do modelo manicomial, como o inglês, descrito por David Cooper como uma antipsiquiatria, posteriormente, com Franco Basaglia, na Itália, que estabeleceu um empreendimento de tentar de transformar o asilo em comunidade terapêutica, como um meio para a futura superação do asilo, consoante a superação da sociedade capitalista. O trabalho realizado por Franco Basaglia caracterizou as instituições psiquiátricas, tal como as outras instituições tradicionais da sociedade, como instituições da violência. Nesse sentido é fundamental entender que não é possível separar a violência do seu lugar no núcleo das racionalidades. Não se diz, portanto, de violência como função irracional, mas de racionalidades que têm como fio condutor a violência. Um dos condutores desse procedimento é sem dúvida a lógica humanista, que tende a legitimar práticas violentas, desde que não imponham dor e sofrimento. Não há exemplo mais claro sobre isso do que a guilhotina (Szasz, 1974).

No tocante a uma crítica epistemológica senão do manicômio, certamente de todo conjunto epistemológico que sustenta essas instituições, Thomas Szasz, psiquiatra estadunidense, é um dos mais radicais. Em sua obra *O mito da doença mental*, Szasz assevera que a prática psiquiátrica é antes de tudo uma ação ou conjunto de ações política e moral e muito menos uma prática científica ou médica (Szasz, 1974). Deslocando-se de Pinel, focando basicamente em Charcot, o autor mostra que o último teria desenvolvido um papel decisivo na consolidação do ideário psiquiátrico e na difusão daquilo que Foucault chamou de poder psiquiátrico.

A crítica de Szasz (1974) a Charcot recai fundamentalmente sobre o seu humanismo⁵ e todo o perigo que esse conceito traz consigo. Dessa maneira, trata-se de mostrar que se por um lado o humanismo de Pinel é retirar os alienados dos grilhões, a prática humanista de Charcot é justamente a de contabilizar, mostrar os dados, as estatísticas relativas aos números de atendimentos médicos. Mais ainda, Szasz (1974) destaca um caráter social implicado no trabalho de Charcot, uma vez que todo o seu conjunto de anotações apresenta justamente que

⁵ Sobre a questão do humanismo, Szasz (1970), em *Ideologia e doença mental*, argumenta que o humanismo construiu uma espécie de tráfico clandestino, em nome de manter certas condições de poder e de posição. Mais especificamente, se trata de toda uma lógica humanista que tem como pretensa autoridade do psiquiatra as justificativas para cometer as mais profundas violências.

os seus pacientes eram muito mais um grupo de pessoas pobres, um grupo de pessoas que era enviado ao hospital, muito menos por uma suposta doença que pela sua condição de pobreza.

Se Pinel é mais um moralista, se o humanismo que nasce nesse período é representado pela criação da guilhotina, meio de execução indolor, por outro lado, com Charcot, as coisas não serão outro senão “[...] processos de narcotização e tranquilização” (Szasz, 1974, p. 37). Trata-se de entender que nesse jogo duplo (moral e político) de efetivação da psiquiatria “O peso da autoridade da opinião médica e psiquiátrica contemporânea continua, é claro, a sustentar e a expandir essa imagem” (Szasz, 1974, p. 38) humanista e filantrópica.

O fato é que, diante disso, Szasz considera a expressão doença mental não como uma realidade, mas como uma metáfora, o que produz um efeito epistemológico, ainda hoje, muito forte. “Na realidade, rotular os indivíduos que se sobressaem, ou que são incapacitados por problemas da vida, de ‘doentes mentais’, apenas impediu e retardou o reconhecimento da natureza política e moral dos fenômenos para os quais se dirigem os psiquiatras” (Szasz, 1974, p. 38). A posição de Szasz se manteve nos anos que seguiram à publicação de *O Mito da Doença Mental*. Em 2004, uma obra crítica da série *Under Fire* compilou inúmeras críticas à obra do psiquiatra, o qual teve direito de responder a cada uma delas. Em resposta a Kedell, Szasz (2004) argumenta que continua crítico à psiquiatria, e que não luta por uma reforma, pois entende ser preciso uma destruição total da psiquiatria. Sua justificativa é que a psiquiatria anda sempre ao lado da violência e da coerção.

Diante dessa crítica às condições de possibilidade do saber-poder psiquiátrico, é preciso recorrer a um dos mais importantes pensadores, que, paralelamente a Foucault, talvez tenha sido aquele quem melhor pensou e aprofundou as análises sobre a loucura, dando passos fundamentais. Trata-se de Robert Castel, que dedicou, por exemplo, em *A ordem psiquiátrica*, a aprofundar-se em uma lacuna deixada por Foucault. Se Foucault analisou as transformações que levaram das práticas do internamento até o nascimento do asilo, ainda era preciso investigar os processos sociais a partir da lei de 1838. É a esse espaço que se dedica Castel nesse livro. De modo cauteloso, o autor analisa as metamorfoses que ocorrem no interior de um conjunto de condições que na realidade não se transformaram.

Logo na introdução do livro, Castel (1978) vai mostrar, recortar e averiguar aquilo que Foucault não explorou: a metamorfose dos elementos mesmos do sistema, pois, “Uma metamorfose marca a passagem a uma outra coerência, é a expressão de uma outra política. Não se pode mais interpretá-la a partir da reestruturação interna do dispositivo médico” (Castel, 1978, p. 13). O que está em jogo aqui é justamente uma espécie de nova forma de negociação entre as novas instituições que estão organizando o jogo de poder. Nas palavras de Castel (1978,

p. 13) trata-se de “[...] uma renegociação global das divisões de poder com as outras instâncias interessadas numa política de controle: a justiça, a administração central, as comunidades locais, a escola, as famílias, etc”. Assim, trata-se de entender que nesse cenário que aparenta mudanças acerca do caso francês, vai influenciar sobremaneira todo o mundo, especialmente no que diz respeito à sofisticação das mudanças, que, no entanto, não alteram a essência do que de fato acontece.

Se, desde 1860, houve críticas ao asilo ou à lei de 1838 ou ao saber psiquiátrico ou aos tratamentos médicos, tão violentas e tão lúcidas como as dos modernos antipsiquiatrias, foi somente nas últimas décadas que se esboçou um modelo alternativo global que se coloca como substitutivo para o antigo sistema, para assumir a totalidade de suas funções com algumas outras a mais. Vivemos, assim, a primeira metamorfose da medicina mental desde a santificação da síntese asilar pela lei de 1838 (Castel, 1978, p. 13).

Diante dessa mudança, os detalhes são decisivos e Castel chama atenção para isso. Afinal, como argumenta o autor, por mais que mudanças possam ter existido, não se trata de um conjunto revolucionário, de transformações radicais. É a partir desse contexto que Castel ajuda a compreender o modo como as formas de desenvolvimento do capitalismo serão fundamentais para a organização da prática psiquiátrica, que caminha lado a lado, nos nossos dias, com neoliberalismo. Essa forma de desenvolvimento foi aos poucos produzindo aquilo que o autor em parceria com Castel, Castel e Lovell (1980) chamaram de sociedade psiquiatrizada avançada. Analisando o modelo de organização estadunidense, os autores acabam por mostrar que essas metamorfoses, essas mudanças que ocorrem na psiquiatria, por mais que pareçam ser algo novo, no fundo são, de maneira geral, a sofisticação e a humanização⁶ das mesmas práticas. Para ficarmos num exemplo simples, mesmo que o eletrochoque tenha mudado de nome, passando a se chamar eletroconvulsoterapia (malabarismo retórico tentando indicar diferenças), o que se observa efetivamente é a tentativa de amansar certas práticas e comportamentos utilizando-se a lógica humanista.

Ainda com Castel, Castel e Lovell (1980) se pode esclarecer mais essa questão, agora com o foco sobre o deslocamento das grandes instituições de encerramento como gestoras da vida para uma gestão da vida em nível social, ao mesmo tempo coletivo e individual. “Instituições mais ágeis, que asseguram uma rotação mais rápida, podem assumir algumas das antigas funções do hospital psiquiátrico. Podem também responder a ‘problemas sociais’ desconhecidos na idade de ouro do alienismo e que são essenciais hoje em dia” (Castel, Castel,

⁶ Humanização aqui é entendida no sentido crítico, tal como assinala Foucault (1987) e mesmo Szasz (1976; 1974).

Lovell, 1980). O que ocorre, portanto, é um movimento ou ainda um fenômeno que muda a forma de combater a loucura, isto é, vai desinstitucionalizar as formas de “cuidado” em uma instituição e a própria sociedade é capturada pelo poder psiquiátrico. A sociedade psiquiátrica avançada acaba por se tornar também uma sociedade psiquiatrizada institucionalizada.

Uma análise ainda mais densa sobre esse fenômeno é feita por Castel anos mais tarde sobre a questão psiquiátrica francesa. Na obra *Gestão dos riscos* o autor argumenta que esse processo de desinstitucionalização, entre outros aspectos, tem como base a mudança na maneira como a sociedade francesa passa a lidar com a psicanálise e como isso influenciou um novo método, um novo procedimento. Não se tratava mais de lidar com aqueles que eram entendidos como doentes, mas também não se tratava de lidar com anormais. Diante dos inúmeros desenvolvimentos das terapêuticas, era preciso fazer gestão dos riscos, antecipar supostos problemas, era preciso que os “normais” também passassem pela terapia.

Em âmbito nacional podem ser destacados os importantes trabalhos como o de Vera Portocarrero, *Arquivos da loucura*. Com um recorte sobre a importância da trajetória de Juliano Moreira, a autora debate ao mesmo tempo as transformações no contexto nacional bem como o papel fundamental do psiquiatra baiano na difusão da psiquiatria organicista, a partir da obra do alemão Emil Krapelin. Ainda mais clássica, *O espelho do mundo*, de Maria Clementina da Cunha está entre as primeiras obras que tratam das instituições psiquiátricas. No caso desse estudo pioneiro, Cunha investiga o manicômio do Juquery, em São Paulo. Já no título a autora destaca uma provocação, segundo a qual o asilo seria um reflexo do mundo interior. Em dada perspectiva, pode-se dizer que a obra de Cunha é uma obra não só de uma instituição, mas, de como o raciocínio degeneracionista esteve presente nas instituições psiquiátricas brasileiras, na primeira metade do século XX, fazendo com que outros ambientes fossem também alvo da psiquiatria:

A teoria da degenerescência, que presidia as práticas e o saber psiquiátrico no período, apontava para formas de intervenção médica que ultrapassavam de muito a preocupação imediata com o indivíduo, lançando-se às tarefas de normalização social e indicando mesmo com precisão crescente os lugares em que esta intervenção se tornava necessária: no meio dos trabalhadores e da pobreza urbana (Cunha, 2022, p. 248).

Outra obra fundamental é a tese de 2001, *Os delírios da razão*, de Magali Engel. A obra marca uma das maneiras mais originais de se pensar a loucura. Logo nas primeiras páginas da pesquisa já se observa o destaque para os populares, a cidade como espaço de convivência e de disputas. Os espaços de encerramento são acontecimentos no interior de tramas muitas mais

complexas. Engel também realça como as importantes psiquiatrias da primeira metade do século XX diagnosticavam e em que fundamentos estavam alicerçados. Demonstra, ainda, qual teria sido o papel da Liga Brasileira de Higiene Mental na configuração da psiquiatria naquele momento. Na segunda parte dedica-se a analisar o papel das instituições não só na definição e combate à loucura internamente, mas, como forma de controle externo: “Isolando a loucura, circunscrevendo-a em um espaço especificamente destinado para ela, o hospício seria um meio eficaz de controlar o “perigo” que ela representava circulando livremente pelas ruas da cidade” (Engel, 2001, p. 197).

Notadamente muitas outras pesquisas foram realizadas, com os mais diversificados objetos. As que destaquei são as que considero que abriram caminhos e que são o sustentáculo nacional desse vasto veio do campo discursivo da história da loucura. São obras, portanto, que tratam das mais variadas perspectivas, dos mais variados objetos, dando a tônica dos modos como se pode trabalhar com, a partir e além de Foucault, a partir dos problemas que afetam as regionalidades.

No contexto dessas regionalidades outros estados também passaram a ter pesquisas sobre as instituições psiquiátricas, como se pode observar no importante trabalho sobre a psiquiatria no Estado do Pará, de Sérgio Bandeira do Nascimento, que, a partir da análise das professoras internadas no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, no Pará, faz um percurso destacando como a instituição seria uma local de gestão biopolítica da loucura. Como problematiza Nascimento (2015), no conjunto das classificações das professoras internadas, estavam também as ‘não diagnosticadas’, isto é, eram mulheres internadas por motivos alheios, mas que, moralmente, não se adequaram a uma certa organização social.

No contexto das histórias regionais, o manicômio de Goiás se encaixa em uma historiografia que se desenvolve nos últimos anos, com foco nas instituições que foram batizadas com o nome do ex-diretor do Serviço Nacional de Alienados: o psiquiatra Aduino Botelho. Esta tese dialoga, então, com as pesquisas que foram realizadas sobre os Aduitos nos outros estados. No caso do estado de Sergipe, os estudos são fragmentários, aparecendo como menções em pesquisas sobre a Reforma Psiquiátrica no Estado. Entre essas pesquisas podem ser destacadas as de Passos e Oliveira (2007), de Souza, Silva e Mota (2011) e Barbosa (2012).

Ao contrário do Estado de Sergipe, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho do Paraná, possui pesquisas realizadas com o foco na instituição. Uma das questões cruciais para isso é a existência de arquivos organizados e disponíveis para pesquisa. A principal pesquisadora da instituição paranaense é a professora Yonissa Marmitt Wadi, que desenvolve artigos científicos

importantes em periódicos de todo o país (Wadi, Olinto, Casagrande, 2015; Wadi, Casagrande, 2011), também em publicações internacionais (Wadi, Carvalho, 2022). Esses trabalhos versam tanto sobre a construção da instituição paranaense e o contexto de criação das Colônias, do caráter filantrópico que muitas vezes permeiam essas instituições, quanto sobre o seu lugar no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

No estado do Espírito Santo, Estado no qual os arquivos encontram-se relativamente organizados, duas importantes dissertações de mestrado de 2011 e 2013 fazem importantes contribuições para o debate sobre como essas instituições operam. Na primeira, Carla Carrion (2011) analisa basicamente três questões centrais: as formas e motivos de internamentos, a relação do manicômio com a polícia e as formas de resistência que se manifestaram no interior da instituição. Com acesso a praticamente todos os prontuários da instituição, a autora pode investigar como eram descritos os pacientes. Além disso, utilizou-se das fontes orais para entender não só como funcionava o espaço do asilo, mas a sociedade em si. Essa última, para a autora, fez do asilo uma instituição de limpeza e higienização social. Em 2013, Júlia Perini defendeu uma dissertação que faz um quadro geral de quais motivos as mulheres eram encaminhadas para o internamento. Perini (2013) diz, em sua dissertação, que se limitava a mulheres pretas e pobres, as quais, de alguma maneira, eram desviantes dos padrões da sociedade dominante. Nesse contexto, seja por não atender aos maridos, ou desobedecer a família, ou por qualquer ato considerado desviante, aquelas mulheres eram encerradas.

A outra instituição que leva o nome de Aduino Junqueira Botelho, é a instituição do Mato Grosso. Ainda não há trabalhos voltados especificamente para a história do modo como instituições se estabeleceram na sociedade mato-grossense, embora dois trabalhos possam dar uma dimensão geral, sendo eles a dissertação (1998) e a tese (2003) de Alice Guimarães Bottaro de Oliveira. Nas duas pesquisas, a autora analisa o contexto da criação e alguns aspectos sobre como a instituição manicomial teria afetado a população. Mais recentemente, uma pesquisa de menor fôlego foi desenvolvida sobre as condições de trabalho do CIAPS Aduino Botelho (Teixeira da Silva, 2011). Deve-se destacar ainda que a instituição ainda existe, e, comumente é contestada pelo poder público, como se pode analisar a partir do *Relatório de inspeção do CIAPS Aduino Botelho*, de 2018.

Quanto à instituição no Estado de Goiás, a primeira questão que se deve problematizar é a dificuldade para ter acesso a esses arquivos. Sabe-se que os arquivos, pelo menos uma parte, encontram-se no Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc. Em 2022, fiz um intento de ter acesso oficial ao arquivo, via Edital da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Porém, isso foi negado sob o argumento de que esses arquivos não estavam na instituição. Há, por assim

dizer, uma espécie de política de apagamento da memória e de produção do esquecimento. Mesmo diante dessas condições, nos últimos anos muitas pesquisas mencionam o *Adauto Botelho de Goiânia*, com maior ou menor intensidade, com mais ou menos fôlego. Entre essas pesquisas, destacam-se os trabalhos acadêmicos de Eder Mendes de Paula (2011; 2016). O primeiro é uma dissertação de mestrado, traçando uma reflexão mais geral sobre a cena que estrutura o combate à loucura em Goiás e destaca o papel fundamental do nosocômio na institucionalização da loucura no Estado. O segundo trabalho, uma tese em que estuda a questão do louco infrator no Estado e o papel do programa PAILLI, nessa pesquisa também há uma observação atenta do nosocômio. Já Sônia Santos (2015), por sua vez, detalha, da perspectiva sociológica, o movimento da Reforma Psiquiátrica em Goiânia até a expansão dos CAPs na Capital, fazendo, também, uma breve análise do manicômio. Enquanto Michel Gomes (2019) pesquisa o contexto de criação dos sanatórios espíritas no Estado de Goiás, a partir do Sanatório Espírita São Vicente de Paulo e do Sanatório Espírita Batuíra. Sendo que esta última persiste como uma importante instituição em Goiânia. O *Adauto Botelho de Goiânia* também é investigado, pois, a instituição espírita nasce em um contexto muito semelhante à instituição estadual. Cardoso (2019), por sua vez, investiga os processos que envolveram a Reforma Psiquiátrica em Goiânia, atualizando questões analisadas nos trabalhos anteriormente citados.

Todos esses trabalhos tratam do *Adauto Botelho de Goiânia*, mas não como objeto central. Essa instituição não é o objeto de estudo, nem tampouco se tenta compreender profundamente a sua influência no contexto de uma nova formação discursiva sobre a loucura em Goiânia, assim como não se investigou aprofundadamente o contexto de criação da instituição e o modo como as condições da sociedade teriam influenciado no interior do asilo.

Dois trabalhos de maior fôlego tentam fazer esse aprofundamento. Em 2018, em minha dissertação de mestrado publicada recentemente (Rego Santos, 2020) realizei uma análise mais delimitada e detalhada sobre essa instituição, mas que não se concentrou em investigar as relações de poder e saber no interior do asilo, bem como não tratou de investigar o tempo de existência da instituição. Nessa pesquisa, então, dediquei-me a estudar os processos de consolidação política e epistemológica que levaram à construção do asilo, o modo como as condições sociais, políticas e científicas foram capazes de impulsionar e organizar os dispositivos fundamentais para consolidação de um saber psiquiátrico que se alastrasse pelo país com a finalidade de institucionalizar um modelo psiquiátrico.

No mesmo ano, outro empreendimento investigativo foi realizado por Railda Barreto, com foco na instituição. Na sua pesquisa, Barreto (2018) faz um levantamento sobre a relação das famílias e o *Adauto Botelho de Goiânia*, com fins a problematizar, pelo menos em partes,

as dificuldades enfrentadas pelas famílias em relação aos loucos. Outro aspecto fundamental discutido por Barreto é o modo como as mulheres são caracterizadas, construídas como loucas e depois levadas ao internamento. A partir de uma rara análise feita com alguns prontuários, Barreto (2018) destaca que as mulheres eram internadas por questões morais e comportamentais e muitos menos por questões propriamente relacionadas a distúrbios.

Há também artigos recentes que problematizam muitas questões referentes ao *Adauto Botelho de Goiânia* com temas variados: Paula (2011; 2016), Rego Santos (2019; 2024), Barreto e Cassoli (2020). Especificamente, sobre a desativação da instituição, Paula (2021; 2022) contribuiu com um importante trabalho que narra, a partir de reportagens nos jornais da cidade, certas contradições daquele momento. Outros aspectos também importantes que ainda não foram debatidos com a profundidade necessária, são os desdobramentos da Ditadura Militar no contexto do estado de Goiás, no que tange à questão dos manicômios e ao combate à loucura. Isso evidentemente ocorre por uma série de motivos, dentre eles a falta de acesso aos documentos. Dois artigos de Paula (2010; 2020) lançaram algumas luzes sobre essa questão a partir da análise do caso do conflito entre Mauro Borges e Pawel Gutko. Em 2023, eu publiquei uma análise sistemática sobre as condições do *Adauto Botelho de Goiânia* no contexto da Ditadura (Rego Santos, 2023). Além do mais, ainda não se tem trabalhos que abordem a relação entre o *Adauto Botelho de Goiânia* e as políticas de saúde mental a partir da redemocratização, e nem tampouco há análises sobre como os movimentos dos trabalhadores e usuários teriam contribuído para a produção de uma crítica ao modelo manicomial. Nesse sentido, não obstante à crítica ao manicômio, é preciso reconhecer que ele representou, quando de sua criação, o ápice da modernização, o suprassumo da modernidade e do cientificismo, que, ao lado de um conjunto de outras instituições, seriam capazes de fortalecer o discurso em busca de uma determinada ordem social. Todavia, não há trabalhos que façam o recorte do início do seu funcionamento até as polêmicas e conflitos que levaram ao seu fechamento em 1995 e à demolição do edifício dos loucos, em 1997.

Cumpre-nos, pois, agora, dar um passo adiante e tentar compreender não mais o processo de constituição, mas sim as condições existentes no período de funcionamento da instituição. Isso se dá por meio de uma profunda análise entre o dentro e o fora⁷ do *Adauto*

⁷ Notadamente, essa noção está muito presente nos autores franceses, como Foucault e Deleuze. Mas é Peter Pal Pelbart que, ao relacionar Foucault com o que seria o pensamento do Fora, sintetiza também a perspectiva à qual este trabalho também se alinha: “Examinando a princípio o modo pelo qual nossa modernidade pensa e se expõe à Desrazão — que nos termos desse estudo leva o nome de o Fora —, verificando depois a maneira pela qual se “entrelaçam” Fora e História e de que modo esse entrelaçamento “produz” ora uma relação com a Desrazão ora com a Loucura, e finalmente tentando medir as possibilidades que a noção de Fora oferece para o pensamento” (Pelbart, 1989, p.15).

Botelho de Goiânia, inicialmente considerada uma das maiores e mais modernas instituições do Centro Oeste. Para isso, considera-se o contexto social, político e epistemológico e como esses processos podem ter afetado a mudança de imagem e de representação da instituição, que, quando do seu fechamento e demolição fora considerada uma pocilga.

O que está em questão com esta pesquisa é um empreendimento global que tenta narrar a história dessa instituição que nasce como um marco civilizatório e é fechado sob os mais diversos ataques, entre os quais, ela deixaria de ser esse edifício do progresso (no sentido comum do termo) e passa a ser considerado um espaço no qual a barbárie seria o comum. Não se pode, contudo, cair na armadilha segundo a qual práticas ocorridas no *Adauto Botelho de Goiânia* teriam sido as justificativas por si mesmas para o seu fechamento e sua demolição.

Do ponto de vista da história regional, trata-se de uma pesquisa que tem um papel de prestação de contas à sociedade goiana, uma vez que, pelo que se observa, quando o assunto é essa instituição, há muito mais silêncio, há alguns sussurros, e poucos gritos, sobre qualquer explicitação acerca dos eventos que a envolvem⁸. Uma das formas de se observar isso, é, por exemplo, nos perguntarmos onde estão e como estão organizados os arquivos do *Adauto Botelho de Goiânia*? Nos últimos anos, especialmente a partir do esforço de muitos pesquisadores, algumas migalhas foram acessadas, porém exigindo muito esforço para encontrá-los, especialmente nos arquivos pessoais de ex-funcionários da instituição.

Do ponto de vista dos acontecimentos internos, um dos aspectos mais importantes são encontrados no documentário *Passageiro da Segunda Classe*, publicado em 2001, poucos anos depois da demolição do prédio. Nessa peça cultural, há imagens das condições do internamento, do modo como os internados eram alimentados, como eram “cuidados”, como eles se relacionavam, e com quais meios esses pacientes eram “tratados”. Uma das cenas mais impactantes, é, sem dúvida, a aplicação do eletrochoque (ver figuras 7 e 8), que aparece no documentário. Esses aspectos nos provocam a aprofundar a investigação sobre esse manicômio para compreender como ele se situa no contexto de uma racionalidade científica, política e moral, que justificava a sua existência tal como era. Do ponto de vista externo interessa investigar como os contextos social, político e econômico influenciaram na consolidação e depois no fechamento dessa instituição de encerramento.

⁸ Em 2022, foi realizado o *I colóquio internacional da História da Loucura na luta antimanicomial*. Na oportunidade, estive ao lado de outros pesquisadores e pesquisadoras, entrevistando a Psicóloga Heloiza Massanaro, uma das testemunhas dos processos envolvendo o *Adauto Botelho de Goiânia*. A entrevista, pode ser vista na íntegra em: <https://www.youtube.com/watch?v=wupSeH8VSOo>. Deve-se destacar também o empenho dos Grupo de Pesquisa La Folie e da TV La Folie na veiculação constante de debates e entrevistas envolvendo essa instituição.

Foi a partir desse conjunto de reflexões, desse campo discursivo da história da loucura, que investiguei e problematizei o modo como a loucura foi organizada em Goiás, sublinhando o caso do *Adauto Botelho de Goiânia*, no período de 1954 a 1997. Esse empreendimento não perde de vista os debates e embates em termos nacionais, inclusive porque, nos últimos anos, notadamente depois da instalação Comissão Nacional da Verdade, muitos debates vieram à tona sobre os casos e as funções dos chamados eufemisticamente de hospitais psiquiátricos. O que se percebe, por exemplo, é uma série de críticas não só às chamadas ações violentas, mas também a uma série de práticas racionais que são consideradas, mesmo violentas, estando sob a lógica de um suposto uso terapêutico. Diante disso, eclodem as palavras em defesa de um regime mais humanizado de “cuidado” direcionado aos loucos.

Esse debate também nos conduz a questionar o contexto dos anos de chumbo, visto que não é possível pensar o conjunto de posturas, ações, políticas e imaginários que se produziram no Brasil a partir de 1964, sem considerar os efeitos desse regime. Notadamente, a Ditadura se constituiu como uma espécie de fronteira, onde há muitas tensões e conflitos que afetaram e ainda afetam a sociedade brasileira, de modo muito significativo, produzindo conceitos e subjetividades que ainda ecoam. Em termos nacionais, mesmo diante de todo o negacionismo que impera nos nossos dias, não há como não abordar o período que vai de 1964 até 1985, como sendo um dos momentos mais obscuros da história recente do país, um momento que não poderia mais ser possível.

Deve-se compreender ainda, que mesmo os estudos mais avançados sobre a reforma psiquiátrica brasileira não adentram de modo sistemático na análise do contexto da Ditadura Militar, tratando toda a violência como algo óbvio. Não se pode apenas se ater às descrições do que se estava discutindo nos fóruns de saúde e afins. No caso da lida histórica, é preciso ir além da suposição e da aparente obviedade e colocar as questões: qual a real influência da Ditadura Militar sobre a política de combate à loucura e como teria influenciado no desenvolvimento das práticas asilares no contexto goiano? Como o golpe impediu a produção ou pode ter produzido rupturas em políticas de saúde mental de cunho mais radical e facilitou outras mais convencionais e mercadológicas, no que diz respeito à gestão da vida dos loucos e dos desviantes? O que se pode dizer é que as coisas até podem ser óbvias, mas como historiador não se deve trabalhar com obviedade sem levar em consideração as condições históricas de produção discursiva e das condições sociais, as práticas discursivas e especialmente, é fundamental consultar as fontes, mesmo que escassas, e problematizá-las.

Não obstante às nuances e perspectivas, é preciso também reconhecer que tudo o que se desenrolou durante o período militar estava situado no interior de uma série de racionalidades.

Investiguei ainda quais os efeitos da Ditadura no debate e nas transformações sobre como lidar com a loucura, e de maneira muito especial pensar sobre o lugar do *Adauto Botelho de Goiânia* nesse processo. Minha perspectiva é que esse momento autoritário e violento não deixou de afetar e influenciar nas políticas públicas e os financiamentos, bem como não poderia deixar de influenciar e até mesmo provocar novas perspectivas de luta.

Por isso mesmo, é tão fundamental compreender o contexto do regime em Goiás e em relação ao nosso objeto de estudos. Mas, o que vem depois, o que se pode inferir sobre essas condições, sobre esse contexto e o que isso tem que ver com a questão da loucura? Quanto à questão do debate acerca do combate à loucura e a Ditadura Militar, deve-se notar que há ainda uma produção escassa, além dos relatórios das comissões da verdade espalhadas pelo país. De tal modo, o que se tem de mais recente é uma matéria produzida por Amanda Rossi (2021) divulgada no site UOL, sobre o modo como a Ditadura afetou decisivamente a política de combate à loucura, à anormalidade e aos desvios sociais, explicitando o caráter totalmente violento do regime militar, que em muitos estados utilizavam os manicômios para prender os presos políticos.

Quanto aos arquivos, não obstante certas dificuldades já mencionadas, foram utilizados tanto as peças dos jornais, como o *Folha de Goyaz*, o *Jornal de Notícias*, entre outros que narram muitas representações da loucura na Goiânia da década de 1950, especialmente os efeitos do *Adauto Botelho de Goiânia*, na construção da narrativa sobre a loucura. Utilizei também os números os exemplares da *Correio Braziliense*, sucursal de Goiânia, que traz um conjunto de reportagens sobre a instituição, em especial no contexto da Ditadura. Também utilizo recortes do jornal *O Popular* que indicam linhas de entrave envolvendo o então Governador Maguito Vilela e o Ministério Público de Goiás sobre a questão da demolição do conjunto arquitetônico do *Adauto Botelho de Goiânia*.

Ainda quanto aos arquivos internos, estão sob minha guarda um significativo número de documentos acessados por meio dos Arquivos Pessoais de: Abrão Marcos da Silva, ex-diretor da instituição (1983-1987) e de Vera Lúcia Cardoso, ex-Coordenadora de Saúde Mental. Desses arquivos temos acesso a documentos da organização da rotina, como projetos e ofícios, além do levantamento da quantidade de pacientes em um determinado período. A maior parte desses documentos não foram utilizados em outras pesquisas, sendo analisados aqui de maneira inédita. Nessa trajetória, ainda consegui realizar três entrevistas com os já citados Abrão Marcos e Vera Lúcia, bem como com a enfermeira Virgínia Novaes. As entrevistas não foram analisadas em blocos, elas serão pinçadas conforme a construção do objeto ou questões analisadas. Essas entrevistas estão em processo de preparação para publicação. Quanto à

questão da Ditadura Militar e os manicômios, especialmente em Goiás, as fontes oriundas do *Arquivo Nacional* foram fundamentais para compor nossa problematização. Nesta documentação encontram-se desde denúncias sobre pessoas que trabalhavam, que foram internadas ou mesmo foram forjadas loucas na instituição. São, portanto, relatórios feitos a pedido do serviço de inteligência, como o *Relatório de auditoria da OSEGO*, dentre outros.

Ainda dos arquivos pessoais do Dr. Abrão Marcos e de Vera Lúcia Cardoso, especialmente desta última, são utilizadas fotos inéditas do interior da instituição, produzidas entre os anos de 1988 e 1989. Utilizo ainda, quando necessário, o material que foi produzido durante a confecção do documentário *Passageiros de Segunda Classe*, de Luiz Eduardo Jorge, Kim-Ir-Sem e Waldir Pina, gravado entre os anos de 1985 e 1987, publicado somente no ano de 2001, o qual esclarece o cotidiano e as estruturas asilares, o caráter carcerário das instalações e as formas de “tratamento” dos internados na mencionada instituição, por meio de imagens ainda hoje inéditas do interior da instituição. Essas imagens retratam não só as formas de “tratamento” como o eletrochoque, mas também destacam a estrutura asilar. Nesse ínterim, também utilizo imagens inéditas oriundas do documentário, cedidas pelo fotógrafo Kim-Ir-Sem. Ainda no campo do audiovisual, tenho também uma filmagem de 1988-1989 apresentando, ineditamente, algumas transformações que estavam acontecendo na instituição (ver figura 19).

Seguindo a perspectiva foucaultiana (2006; 2019), não se trata pura e simplesmente de fazer análise institucional, de pensar a instituição como algo isolado, distante e afastada dos movimentos externos. Não se refere nem sequer a ficar fazendo monografias sobre as instituições. Ocupa-se, no limite, de uma análise do ponto de vista dos acontecimentos sociais, políticos e científicos, de entender como esses processos afetam ou constroem uma espécie de cultura que levaram à consolidação de uma instituição no interior de determinado contexto, atendendo certas premissas. Ou conforme destaca Foucault:

De estudar a gênese da psiquiatria a partir das instituições de encerramento que estavam original e essencialmente articuladas a mecanismo de jurisdição em sentido bastante lato – pois o fato era que se tratava de jurisdição do tipo policial, mas, em todo caso, por enquanto, nesse nível, isso não tem muita importância – e que, a partir de certo momento e em condições que se tratava precisamente de analisar, foram ao mesmo tempo sustentadas, substituídas, transformadas e deslocadas por processo de verificação (Foucault, 2008, p. 7).

Diante disso, sigo os seguintes passos na organização da tese: inicialmente, no primeiro capítulo, apresento a importância da obra de Michel Foucault para se pensar a história da loucura, seja em termos teóricos, seja em recortes muito específicos, como é o caso desta

proposta. Nesse intuito, fui além de Foucault, articulando, na medida do possível, suas contribuições às de outros importantes autores, também decisivos para a discussão sobre os aspectos epistemológicos, políticos e sociais que envolvem a sociedade e os manicômios. Nesse ponto, utilizo o conceito de biopolítica como guia do trabalho, justamente porque ele me permite compreender o fenômeno na psiquiatrização a partir de perspectivas múltiplas. Discuto como ocorre o desenvolvimento da psiquiatria no mundo, partindo da noção de grande internamento, passando pelo nascimento do asilo até chegar nas modernas formas de organização asilar. Acrescento a este percurso, aquilo que se pode chamar de reformas psiquiátricas espalhadas pelo mundo. Destaco, contudo, aquelas que são mais discutidas no ocidente, como a psiquiatria de setor francesa e a perspectiva antipsiquiátrica, de David Cooper, desenvolvida na Inglaterra. Além de uma discussão das características gerais das transformações ocorridas na Itália e nos Estados Unidos, e seu processo de avanço da psiquiatrização da sociedade, compilo também algumas perspectivas da psiquiatria na América Latina. Neste caso, parto da problematização de que a psiquiatria latino-americana foi ao mesmo tempo um laboratório da psiquiatria enquanto objeto colonizador e imperialista, bem como foi também um movimento de resistência e de adaptação, uma vez que, dada a composição cultural dos vários povos, seria impossível a psiquiatria não ser afetada por essas experiências ancestrais. Por último, discuto questões mais contemporâneas relacionadas ao avanço da psiquiatrização para outros setores da sociedade, até a chamada terapia dos normais ou psiquiatrização do normal.

No capítulo 2, depois de mostrar a polissemia da noção de biopolítico, apresento o primeiro elemento central da minha análise, o caráter eugenista eufemizado pela noção de higiene mental, das instituições psiquiátricas. Contudo, antes de falar da psiquiatria, faço problematização sobre a relação entre a psiquiatria e a eugenia e como elas teriam sido aliadas na primeira metade do século XX, e, como estavam relacionadas na definição das bases de ações decisivas do Estado Brasileiro. Exemplifico tal questão mostrando que o próprio Aduino Junqueira Botelho, além de filiado à Liga Brasileira de Higiene Mental, vincula-se a um discurso degeneracionista que tinha nos loucos uma das maiores representações da chamada má herança. Não se pretende dizer que o projeto de expansão das instituições psiquiátricas no Brasil seja um projeto inteiramente eugenista, no entanto, não parece honesto deixar de discutir que essa nova ciência deixou marcas muito fortes em uma parte da intelectualidade brasileira, incluído aí os psiquiatras. Para isso, após fazer uma apresentação das contradições da eugenia no Brasil, argumento que tanto as noções de higienismo quanto a nova epistemologia (no período) desenvolvida a partir de Kraepelin são elementos fundamentais para pensar o modo

como a eugenia e psiquiatria serão aliados. Para os eugenistas, de modo geral, a psiquiatria seria uma ciência auxiliar, que, seguindo os princípios de combate à degeneração, combateria e evitaria que pessoas loucas, desrazoáveis se reproduzissem ou mesmo incomodassem a sociedade. Nesse trajeto, mostro, ainda, que as medidas políticas do período a partir da década de 1920 foram influenciadas sistematicamente pelo posicionamento eugenista. Entre elas, podemos destacar a política de imigração, assim como a política de criação e ampliação de instituições psiquiátricas pelo país. Além dos autores analisados, como Venâncio (2011), Engel (2001), dentre outros, utilizo, nessa parte, recortes dos *Arquivos Brasileiro de Higiene Mental*, os quais mostram a forte relação da psiquiatria com a eugenia e da eugenia com a noção de higiene mental. Atravessando o desenvolvimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais, no período que vai do governo de Getúlio Vargas até o Governo de Juscelino Kubitschek tratava-se de uma perspectiva em defesa da modernidade, do progresso e da ciência. Após problematizar essas questões, apresento um compilado inédito contendo uma breve história das cinco instituições que levaram o nome do psiquiatra Adauto Junqueira Botelho. Essas instituições foram construídas em cinco estados, Sergipe, Paraná, Espírito Santo, Goiás e Mato Grosso, entre 1951 e 1957. Destaco ainda que esses hospitais foram projetados, construídos e inaugurados em um contexto no qual as ideias eram conectadas com as premissas eugenistas, que, naquele momento, passava a estar relacionada conceitualmente com as políticas de higiene mental.

No terceiro capítulo, eu faço uma exposição do contexto da inauguração do *Adauto Botelho de Goiânia*, a partir de uma perspectiva do avanço das instituições. Ou seja, examino como as instituições de saúde representam um aspecto da modernização e da limpeza da cidade de Goiânia, nesse cenário modernizante no qual era preciso ter instituições que representassem essas formas de transformação. Na sequência, encarrego de descrever os primeiros movimentos normativos que antecederam e normatizaram a instituição como o espaço, por excelência, da institucionalização do encerramento da loucura em Goiás. Problematizo, ainda, o período de existência do *Adauto Botelho de Goiânia*, demonstrando basicamente o modo como a loucura era representada no período que antecede o golpe de 1964. Para isso, utilizo, entre outros, os jornais do período que noticiavam o modo como os desviantes eram vistos e o modo como a criação desse manicômio mudou totalmente o cenário do combate à loucura em Goiás e em Goiânia. Nessa esteira, trago ao debate a existência de uma relação intrínseca entre a instituição manicomial e as forças policiais, entre a loucura e o crime: no primeiro aspecto, destaca-se como as forças policiais são as primeiras a conterem os loucos, prendendo-os para em seguida encaminhá-los para o manicômio. Nota-se que todas as formas de anormalidade são enviadas e

contidas pela polícia. No segundo aspecto, que é uma continuidade do primeiro, fica evidenciado como crime e loucura se estabelecem a partir da ampliação do campo de atuação das forças policiais.

Em seguida, no quarto capítulo, está em questão o lugar do *Adauto Botelho de Goiânia* no contexto da Ditadura Empresarial Militar. A base da análise consiste em entender se a instituição teria sido, ou não, lugar de tortura e repressão durante a Ditadura, dado que muitas dessas instituições em outros Estados foram utilizadas para tais finalidades. Essa suspeita é levantada justamente a partir dos casos que puderam ser conhecidos depois da Comissão Nacional da Verdade, que revelou que muitos manicômios foram utilizados também para a tortura de presos políticos. O *Adauto Botelho de Goiânia* foi mencionado no Relatório Final da Comissão (2014), como sendo um espaço suspeito. Assim, relato os efeitos que a Ditadura Militar produziu nos dispositivos de saúde mental no Brasil e em Goiás, mais especificamente, em Goiânia, já que o recrudescimento em outras instituições foi sentido muito fortemente. Não sendo possível confirmar a hipótese da instituição enquanto espaço de tortura, é possível dizer que ela foi um local de muitas contradições, pois, principalmente a partir da década de 1980, começaram a surgir movimentos de contestação, e dessas contestações nasceram movimentos importantes, como o SOS Adauto, de 1983. Foi ainda no período da Ditadura que se teve o maior número de pessoas internadas, tanto quanto foi o momento no qual as condições estruturais da instituição foram ainda mais abandonadas e alvo de denúncias diversas, inclusive de denúncia e auditoria das forças ditatoriais. No contexto dessas contradições, a instituição passou por um processo de normatização interna, com a construção de regulamentos e normativas internas. Assim sendo, utilizo, nessa parte, principalmente as fontes recolhidas no Arquivo Nacional, produzidas na Ditadura. E esse conjunto de ambiguidades é problematizado.

No último capítulo, verifico os desdobramentos das denúncias ainda no contexto dos últimos anos da ditadura. Nesse sentido, cumpre problematizar justamente os efeitos dessa mudança de gestão da saúde nacional na organização e normalização não só da vida dos usuários do sistema, mas também dos profissionais do campo. Nesse sentido, a partir dos problemas e contestações levantados no capítulo quatro, faço análise de como foram produzidos projetos, reformas e ações que, no limite, causaram transformações importantes, tanto na instituição asilar, quanto no processo de ampliar o acesso da sociedade às questões mentais. Ainda nessa esteira, a principal questão, diante dos movimentos nacionais e locais, seria transformar o asilo em um hospital psiquiátrico. Identificou-se que, na segunda metade da década de 1980, foram realizadas reformas, melhorias tanto na estrutura (*Jornal da Saúde*, 1989), quanto na própria forma de organização terapêutica, com a inserção de oficinas e outros

eventos (ver figura 19). Ainda assim, com esses esforços, a instituição continuou sendo alvo de contestações, de modo que no início da década de 1990, a instituição passou a ser alvo de denúncias do Ministério Público, e, também dos servidores e usuários. As denúncias foram cooptadas pelo governo e isso levou a instituição a ser inicialmente fechada e acordos começaram a ser realizados com a SGPA – Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura. Por fim, a instituição começou a ser demolida em 1997. Quanto à demolição, o processo ainda é obscuro e envolve um debate público entre o governador Maguito Vilela e o Ministério Público do Estado de Goiás. Esse debate será revisitado e analisado, também a partir de entrevistas e de um conjunto de fontes que, embora não sejam inéditas, ajudam a compor e a entender esse processo.

Esta se estabelece, portanto, como uma pesquisa sobre uma instituição sob muitas contradições e ambiguidades a qual ainda há capítulos a serem narrados. Esta tese não pretende esgotar as possibilidades de pesquisa, ao contrário, sua pretensão é ser mais uma contribuição no desvelamento e no desenrolar dessa história.

CAPÍTULO 1

BIOPOLÍTICA E PSIQUIATRIZAÇÃO: DOS ASILOS À PSIQUIATRIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Um dos aspectos fundamentais da biopolítica tal como analisado por Foucault é o processo de psiquiatria da sociedade. Tal procedimento tem também como base pelo menos três estágios apresentados por Foucault: com Descartes seriam os loucos pessoas deslocadas da razão, o avesso da razão, desrazoável. Em um movimento posterior, pensado por Hegel, a loucura seria uma parte da racionalidade que precisaria ser colocada novamente no eixo, e por último a noção de que as pessoas loucas seriam inicialmente degeneradas.

Todo esse itinerário teórico articulou-se com o objeto central desta tese, que é o *Adauto Botelho de Goiânia*, que representa o processo de manicomialização e em seguida a psiquiatria da vida no Estado de Goiás. Nesse cenário, trata-se de discutir aqui, como a psiquiatria se tornou um elemento fundante por meio do qual o debate em torno da degeneração implica em uma questão decisiva para as disputas de saber e poder que condicionam a sociedade. A psiquiatria, ou melhor, o saber psiquiátrico pensado como uma tecnologia biopolítica de controle dos corpos.

Por isso mesmo, este capítulo não se dedica a pensar somente a figura do asilo, do seu lugar na constituição das instituições totais, como diria Goffman (1974). Nosso objetivo vai além disso, pois, buscamos apresentar como a psiquiatria se instala nos moldes de um dispositivo que controla e coordenada a sociedade primeiramente a partir do asilo e do tratamento moral e, em seguida, pensar como as reformas psiquiátricas também podem se revelar como um elemento a mais no processo de psiquiatria da sociedade, que, ao substituir ou tentar substituir o manicômio, pode ainda conduzir a sociedade a um processo avançado de psiquiatria da sociedade. É nesse contexto que surgem, por exemplo, a psiquiatria do normal a partir das chamadas terapias dos normais, que tem um forte elo com a noção de desenvolvimento do capital humano.

Nesse contexto, cabe destacar, como postula Castel (1978), que as reformas, no contexto de uma sociedade como a capitalista, em especial nesta versão neoliberal, continuam sendo ainda passíveis de se tornarem meio para a manicomialização, ainda que com bases mais sofisticadas e eufemistas, e efetivamente por isso que se tenta problematizar esse processo a partir da psiquiatria da vida como um dispositivo biopolítico, em uma perspectiva mais sofisticada.

1.1 Biopolítica: polissemia e disputa

Para compreender a noção de biopolítica precisamos recorrer ao modo como Foucault foi desenvolvendo sua reflexão em textos de diferentes períodos de sua trajetória intelectual. Até onde se sabe, a primeira aparição da palavra biopolítica na obra de Foucault ocorre na conferência *O nascimento da medicina social*, proferida no Brasil, em 1974. Essa ocorrência se dá logo nas primeiras páginas, quando Foucault apresenta sua hipótese de análise, a saber: com o advento do capitalismo não se passaria de uma medicina coletiva para uma médica de caráter privado e sim o inverso, tratava-se de agir sobre a vida da população. São as palavras do filósofo:

Que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (Foucault, 1979 p. 80).

Nesse primeiro texto, Foucault discute como a medicina vai caminhar para lidar com os corpos, não só em uma perspectiva individual, mas como um corpo que compõe um coletivo de corpos que podem ser esquadrihados. Na segunda aparição do termo em *História da sexualidade I*, Foucault relaciona o termo fundamentalmente com a sexualidade, que para ser controlada não deveria mais ficar calada e sim dita, testemunhada. Ao que parece, todo o texto trata da relação entre o biológico e o político, porém, é justamente no conhecido Capítulo IV, Dispositivo de sexualidade, especialmente no tópico *Domínio*, que essa relação parece ser mais destacada. Foucault argumenta que há pelo menos quatro domínios nos quais se pode reconhecer uma economia do biológico: *Esterilização do corpo da mulher, pedagogização do sexo da criança, socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do saber perverso*. Nesses domínios, observar-se-á que haverá uma série de saberes que agirão sob a determinação do saber médico e as suas formas de controle do sexo. Portanto, a “[...] tecnologia do sexo, basicamente, vai se ordenar, a partir desse momento, em torno da instituição médica, da exigência da normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença. A ‘carne’ é transferida para o organismo” (Foucault, 2014, p. 127).

Essa nova economia do biológico que orchestra uma nova gestão sobre as raças produzirá, segundo Foucault, uma inversão: de uma economia negativa para uma economia positiva da vida. Não se trata mais apenas de fazer gestão sobre a morte, mas de agir

[...] positivamente, sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto. As guerras já não se travam em nome do soberano a ser defendido; travam-se em nome da existência de todos; populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver. Os massacres se tornaram vitais. Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens (Foucault, 2014, p. 147).

Nesse contexto, pode ser percebida uma transição de uma guerra em nome do soberano para uma guerra em nome da população, em nome de um determinado grupo. Mata-se um grupo, faz-se o genocídio de um grupo que suspostamente está colocando outro em risco. “Se o genocídio é, de fato, o sonho dos poderes modernos, não o é por uma volta, atualmente, ao velho direito de matar; mas é porque o poder se situa e é exercido no nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços da população” (Foucault, 2014, p. 148). Diante disso, Foucault problematiza que, no caso dessa organização biopolítica da vida, tal como se organiza na nossa modernidade, “São mortos legitimamente aqueles que constituem uma espécie de perigo biológico para os outros” (Foucault, 2014, p. 148).

A esse conjunto de estratégias dá-se o nome de biopoder ou biopolítica, e, o capitalismo se desenvolve sistematicamente a partir desse horizonte. Isso nos leva a mais uma ocorrência da discussão acerca da biopolítica e do biopoder, desta vez, no curso denominado *Em defesa da sociedade*. Nesse curso, destacadamente na última aula, Foucault escancara a maneira como a biopolítica se estrutura no ocidente, fundamentalmente, a partir da noção de raça e do racismo.

Em primeiro lugar, ele vai distinguir a noção da gestão da vida e da morte que se estabelece no poder soberano e como essa gestão é feita a partir do biopoder. Se no poder soberano o que há é a possibilidade de fazer morrer e deixar viver, nas sociedades que têm como foco o biológico, altera-se essa estrutura. Assim sendo, passa-se a uma determinação em torno do fazer viver e deixar morrer. Esse tipo de mudança de procedimento ocorre também porque há um deslocamento do indivíduo para a população. Ao contrário de se focar na intervenção anatomopolítica do indivíduo, com o biopoder a sociedade se estrutura em torno da população. Para organizar-se a partir do biológico a figura do médico e a medicalização da sociedade são extremamente necessárias. Ou seja, pensar no controle de natalidade, no controle das doenças, nas taxas de reprodução, no número de óbitos e transformar esses números em estatística. Além disso, há o estatuto de uma norma, da definição sobre a normalização que tem como meta a biorregulamentação da população por parte do Estado.

Essa regulamentação, segue Foucault, é estabelecida fundamentalmente a partir da sexualidade, pois, é daí que deriva a forma como se vai regular a vida. A sexualidade é justamente o elo para a configuração dessa normalização que liga disciplina e

bioregulação, pois, é nela, justamente, que o saber e o poder médicos vão atuar decisivamente.

Mas, ao mesmo tempo, uma sexualidade devassa, pervertida, etc. tem efeitos no plano da população, uma vez que, se supõe que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também, vai ser perturbada, e isso durante gerações e gerações, na sétima geração, na sétima da sétima. É a teoria da degenerescência: a sexualidade, na medida em que está no foco de doenças individuais e uma vez que está, por outro lado, no núcleo da degenerescência, representa exatamente esse ponto de articulação do disciplinar e do regulamentador, do corpo e da população (Foucault, 2010a, p. 212).

Diante disso, vê-se constituir essa nova forma de normalização que tenta gerir a vida a partir do biológico, tendo como base ou como justificativa a defesa da população. Nesse ponto as noções como hereditariedade e degeneração⁹ vão entrar na ordem do dia. É justamente nessa encruzilhada que o Estado vai utilizar da retórica das raças, ou melhor, do discurso que sustenta que uma raça é superior ou inferior a outra que o racismo se instala. Sustentando-se em toda essa argumentação em torno do biológico, dessa divisão entre as raças, da teoria da degenerescência, enfim, de toda essa fragmentação produzida pelo racismo é que estados colonizadores se utilizam da raça para justificar a matança dos colonizados. Todavia, não se mata mais sob a desculpa de matar um inimigo.

No contexto da biopolítica, o racismo tem a função de mostrar que um povo deve ser morto justamente porque ele carregaria consigo os perigos para o desenvolvimento da população. Mata-se, portanto, em nome da população, em defesa da sociedade, em defesa de um povo, em defesa da democracia. “A raça, o racismo é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (Foucault, 2010a, p. 215). Mais do que isso: “A função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo” (Foucault, 2010a, p. 215).

Nesse sentido, o racismo é o elo entre o exercício do poder soberano e do biopoder, é a partir do racismo que se estabelece ao mesmo tempo as dinâmicas de controle dos indivíduos e a regulamentação biológica da população. Estabelece a guerra entre as raças, a partir de um evolucionismo que determina quem morre, mas, não só isso, determina quem pode ficar mais vulnerável. No interior da regulamentação biopolítica já está cravada a política da morte, ou

⁹ Estes dois conceitos, Hereditariedade e Degeneração, são muito importantes aqui, pois é a partir deles que certas justificativas serão estabelecidas para cometer crimes e genocídios. Embora esses conceitos tenham um lugar mais específico para ampliação no segundo capítulo, faço aqui um resumo. Em síntese a degeneração é o conjunto de traços humanos considerados inadequados e fora de padrões determinados por certos grupos que seriam passados de geração para geração. Essa suposta passagem genética é chamada de hereditariedade.

para utilizar o termo de Mbembe (2018), já há toda a organização necropolítica¹⁰. O que Foucault faz, é mostrar que a política de morte se estabelece em relações muito sofisticadas, que não se limitam só à morte nua e crua: “É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser o assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (Foucault, 2010a, p. 216).

Há pelo menos duas discussões mais sistemáticas sobre a questão do governo biopolítico. Essas duas estão exatamente em dois cursos sequenciais no *Collège de France: Segurança, Território e População* e *O nascimento da biopolítica*. Esse primeiro curso, ministrado entre 1977 e 1978, é lembrado mormente pela análise que Foucault faz do pastorado. Deve-se lembrar, contudo, que nas três primeiras aulas há a presença da análise sobre o darwinismo e a relação do estado com o saber biológico. Nas últimas duas aulas, Foucault dedicou-se a discutir a forma como a população vai ser regulada tendo em vista uma economia da vida. Uma nova economia da vida que surge a partir das críticas da economia política à polícia de estado.

O que está em jogo não é mais a simples ampliação da população para poder produzir, mas uma nova gestão da vida que visa também uma espécie de controle e gestão da própria população tendo como base não só uma razão de estado de polícia, e sim baseando-se em uma razão de estado nova, uma razão de estado que observa apenas um valor relativo da população a partir de uma certa naturalidade da regulamentação. No entanto, essa regulamentação não é natural, ela só pode ser organizada a partir do Estado que irá subsidiar essa biorregulamentação. Um trecho da última aula desse curso, no qual Foucault não se aprofunda, é decisivo para a compreensão dessa ideia de organização, tal como os economistas interpretavam:

Na verdade, o número de pessoas vai se ajustar por si próprio. Ele vai se ajustar em função precisamente dos recursos que serão postos à sua disposição. Deslocamento da população, eventualmente regulação dos nascimentos [...], em todo caso há uma regulação espontânea da população que faz [que] – e isso todos os economistas dizem, Quesnay em particular insiste nesse ponto – sempre se terá o número de pessoas que é naturalmente determinado pela situação, aqui, num ponto dado (Foucault, 2008, p. 464).

¹⁰ No contexto da discussão sobre a necropolítica, já há trabalhos sobre a questão. Alguns chegam mesmo a dizer que o conceito do filósofo camaronês suplantaria a discussão feita por Foucault. Contudo, não parece que a necropolítica seria esse conceito que apresentaria algo efetivamente novo em relação ao conceito de biopoder, justamente porque, na interpretação atenta do texto de Foucault, já se observa que na biopolítica a questão da morte, da definição de quem morre também já está estabelecida. Discutiremos mais detalhadamente o conceito nas páginas seguintes.

Como se pode observar, Foucault de certa maneira está apresentando como se organiza o movimento econômico que entende que, na sociedade, tudo se organiza e se regula naturalmente. Essa noção, como se sabe, não é verdadeira, por mais que muitos ainda hoje insistam nessa autorregulação. Será preciso uma nova organização da razão de estado em que essas regulações sejam efetivas, ações políticas práticas, sejam elas como destaca o próprio Foucault, o despovoamento, o controle de natalidade ou regulação desses nascimentos. Isso não pode ser feito sem que as forças do estado se estabeleçam.

No resumo do curso, Foucault vai dizer de maneira mais explícita sobre o modo como essa nova gestão da população está sistematicamente ligada com o biológico. Por sua vez, esse formato de governamentalidade da população a partir do biológico está inserido, inscrito na biopolítica: “[...] esta tende a tratar a população como um conjunto de seres vivos e coexistentes, que apresentam características biológicas e patológicas específicas” (Foucault, 2008, p. 494).

Toda essa argumentação feita neste curso será aprofundada no curso de 1978-1979, *O Nascimento da biopolítica*. Nesse curso, que ainda hoje é retomado desonestamente pelos liberais como sendo uma amostra de um Foucault liberal, não obstante a quantidade de questões que podem ser levantadas, o que há é uma análise sistemática de como se caminha do liberalismo ao neoliberalismo. Um dos caminhos utilizados por Foucault mostra que essa construção é justamente como, a partir da economia política, a partir de uma razão de Estado que se baseia na biorregulação das pessoas, as condições biológicas estarão no centro dessa forma de organização social que tem, ao fim, como projeto, a produção de um novo tipo de indivíduo. Essa produção, por certo, constitui-se a partir de certos riscos, de certos perigos que levam à construção de modelos de saúde e de combate a doenças. Contudo, essa preocupação acaba incorrendo por um outro caminho que é justamente um suposto período da degeneração e da sexualidade, logo com a questão da raça. Na aula de 24 janeiro de 1979, observa-se a seguinte provocação de Foucault:

Vejam que tudo o que acontece também está em torno da sexualidade e do medo da degeneração: degeneração dos indivíduos, da família, da raça, da espécie. Enfim, por toda parte vocês veem esse incentivo ao medo do perigo que é de certo modo condição, o correlato psicológico e cultural interno do liberalismo. Não há liberalismo sem cultura do perigo (Foucault, 2008a, p. 90-91).

Evidencia-se, então, que não há liberalismo sem essa construção de que há um perigo iminente, sem essa construção de que há um perigo biológico que pode degenerar a raça e afetar um suposto ideal de produtividade, por isso, muitos foram e são os mecanismos liberais utilizados para controlar, pressionar e coagir, e em alguns casos até eliminar esses supostos

inimigos¹¹. O avanço e a solidificação dessas ideias tornaram ainda mais presentes e visíveis os processos de biorregulamentação, pois, quanto mais sofisticado e racional, mais francamente se estabelecia sobre quem, como e quando intervir. No interior desse tipo de organização o que estava em questão era a maneira como se poderia intervir na população tendo como princípio uma suposta matriz segundo a qual o indivíduo deveria ao mesmo tempo ser um elemento acima do estado, mas, abaixo do mercado. Aliás, o mercado sendo representado como uma entidade que produziria a regulamentação natural das condições sociais.

Toda essa organização social e cultural tem como radicalização, a partir das doutrinas neoliberais, a criação de uma espécie de *homo oeconomicus*. Essa nova condição é a transformação das pessoas em empresárias de si mesmas.

Essa coisa é tão verdadeira que, praticamente, o objetivo de todas as análises que fazem os neoliberais será substituir, a cada instante, o *homo oeconomicus* parceiro de troca por *homo oeconomicus* empresário de si mesmo, sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo a fonte de [sua] renda (Foucault, 2008a, p. 311).

Sendo assim, essa produção do ser humano em capital humano requer alguns elementos e um dos principais deles está vinculado à questão biológica, ou melhor, a uma certa interpretação determinista com base no biológico. Para além dos determinismos mais conhecidos e mais perigosos, como as teorias da degenerescência, do evolucionismo, do darwinismo social entre outras formas que foram utilizadas por ideólogos racistas para justificar inúmeras atrocidades, Foucault lança mão do papel da genética na formatação desse indivíduo. Para isso, ele observa que no final da década de 1970 os desdobramentos da genética, que nesse período já apresentava que inúmeros fatores hereditários poderiam ser ativados conforme a

¹¹ Já no livro 1 do *Capital*, no capítulo sobre a acumulação primitiva, Marx mostra que um dos mais destacados mecanismos utilizados pelos ingleses para pressionar os povos não ingleses a saírem das terras tomadas pela coroa era justamente ir produzindo o clareamento dessas localidades, fosse expulsando e afastando essas pessoas para outros locais. Uma das questões centrais para esse afastamento é, segundo Marx, a questão racial, o clareamento ou para usar o termo em inglês, *clearing of estates*. Segundo o argumento marxiano, esse processo ocorria basicamente em terras e com povos escoceses. Mesmo de maneira alongada o texto de Marx merece ser lido: “O último grande processo de expropriação que privou os lavradores da terra foi a assim chamada *clearing of estates* (clareamento das propriedades rurais, o que significa, na verdade, varrê-las de seres humanos). Todos os métodos ingleses até agora observados culminaram no “clareamento”. Como vimos na parte anterior, ao descrevermos a situação moderna, agora, quando já não há camponeses independentes a serem varridos, passou-se ao “clareamento” dos *cottages*, de modo que os trabalhadores agrícolas já não encontram o espaço necessário para suas moradias, nem mesmo sobre o solo cultivado por eles. Mas o real significado de *clearing of estates* só se pode aprender na terra prometida da moderna literatura de romance, na alta Escócia. Lá, o processo se distingue por seu caráter sistemático, pela magnitude da escala em que foi executado com um só golpe (na Irlanda, os senhores fundiários o implementaram ao ponto de varrer várias aldeias ao mesmo tempo; na alta Escócia, trata-se de áreas do tamanho de ducados alemães) e, finalmente, pela forma particular da propriedade fundiária subtraída” (Marx, 2023, p. 975-976).

idade, o contexto e as formas como os indivíduos se relacionam com o ambiente. A ativação de genes poderia levar a certas doenças. Se esses equipamentos genéticos podem ser ativados, isso quer dizer, certos interesses podem ser alcançados a partir da genética. Foucault (2008a, p. 313) descreve: “Em outras palavras, um dos interesses atuais da genética às populações humanas é possibilitar reconhecer indivíduos de risco e o tipo de risco que os indivíduos correm ao longo de sua existência”.

Embora pareça uma análise muito descritiva, deve-se compreender que Foucault conhece bem as armadilhas do discurso biológico e como ele foi decisivo para a fundamentação da guerra das raças. Trata-se, simplesmente, de reconhecer que a partir dos desdobramentos que estão ocorrendo no interior das pesquisas genéticas, muitas outras coisas podem ser desenvolvidas e podem sofrer interferência ideológica e subjetiva. No contexto do neoliberalismo, essas supostas melhorias genéticas e mesmo a escolha de quem poderia ou não procriar, podem, inicialmente, segundo Foucault, apontar para esse aspecto de aprimoramento das forças produtivas. A questão é que, no fundo, há quem defina quais são os melhores equipamentos genéticos, pois a ciência não é neutra.

[...] a partir do momento em que se pode estabelecer quais são os indivíduos de risco e quais são os riscos para que a união de indivíduos de risco produza um indivíduo que terá esta ou aquela característica quanto ao risco de que será portador, pode-se, perfeitamente imaginar o seguinte: que os bons equipamentos genéticos – isto é, [os] que poderão produzir indivíduos de baixo risco ou cujo grau de risco não será nocivo, nem para eles nem para os seus, nem para a sociedade -, esses bons equipamentos genéticos vão se tornar certamente coisa rara, na medida em que será uma coisa rara poderão perfeitamente [entrar], e será perfeitamente normal que entrem, em circuitos ou em cálculos econômicos, isto é, em opções alternativas (Foucault, 2008a, p. 313).

Quais seriam, então, os critérios para a definição do que pode ou não ser uma relação útil para a sociedade? Quais seriam os critérios para definir essa normalidade que seria uma raridade no interior das relações de produção do neoliberalismo? No seguimento da análise Foucault vai mostrando as condições e mesmo contradições que levam os próprios indivíduos a serem os seus próprios fiscais de relacionamento e a produzirem seus laudos de condição genética. Além do mais, o autor destaca que tais condições, caso sejam inevitáveis, elas só serão possíveis para classes cujas condições sejam, portanto, mais abastadas, uma vez que tais procedimentos não são populares. Há ainda a seguinte observação:

Embora o problema da genética suscite atualmente tanta inquietação, não creio ser útil ou interessante recodificar essa inquietação a propósito da genética nos termos tradicionais do racismo. Se se quiser apreender o que há de politicamente pertinente no atual desenvolvimento da genética, deve-se tentar apreender as suas implicações no nível da própria atualidade, com os problemas reais que coloca. E, a partir do

momento em que uma sociedade se coloca o problema da melhoria do seu capital humano em geral, não é possível que o problema do controle, da filtragem, da melhoria do capital humano dos indivíduos, em função, é claro, das uniões e das procriações que daí decorrerão, não seja posto e discutido. É, portanto, em termo de constituição, de crescimento, de acumulação e de melhoria do capital humano que se coloca o problema da genética. Os efeitos, digamos, racistas da genética são certamente uma coisa que se deve temer e que estão longe de estar superados. Não parece ser esse o debate político maior atualmente (Foucault, 2008a, p. 314).

Com isso, Foucault trata com certa ambiguidade as questões envolvendo a genética e o racismo. Para entender isso é preciso compreender o que ele quer dizer com “termos tradicionais de racismo”. Tal posição parece sugerir que não se trata de pensar a raça aqui como se pensou, por exemplo, a Alemanha nazista e nem mesmo a política segregacionista estadunidense, bem como não se trata de pensar o racismo como ocorreu durante todo o processo colonial. Mas trata-se de pensar a partir de lógica mais sofisticada, pois, naquele momento a genética caminhava para mostrar avanços e sua posição estaria muito mais alinhada à questão do capital humano, apresentando uma suposta liberdade de cultivo do humano. Pode-se dizer que Foucault escorrega e se deixa levar pelos desdobramentos da genética no contexto do neoliberalismo? Tal posição seria, ao que parece, muito incomum no histórico das análises de Foucault, detidamente quando se refere à ciência. Parece ser mais acertado sugerir uma interpretação segundo a qual ele estaria antecipando uma inevitabilidade que esse processo aconteça, uma vez que a questão da raça não foi superada e agora ela seria feita ocultando as noções de raça no seu sentido tradicional e ampliando para todos os seres humanos. Quais os motivos de ele não destacar a questão da raça e do racismo em um contexto que é extremamente real no território francês?

Na minha interpretação, o que ele quer dizer é que não se trata de lidar com formas de exclusão e de segregação que estavam ligadas de maneira mais explícita como ocorreu, por exemplo, na escravidão, nas formas de *apartheid* explícito. Ao que parece, Foucault quer dizer que a partir da genética o racismo ocorre de forma muito mais sofisticada, em alguns casos até mesmo deixado de lado em determinadas circunstâncias é ativado sempre que for necessário aos donos do poder. No fundo, seja no liberalismo seja no neoliberalismo, a questão da raça está sempre na ordem do dia, pois estão sempre vinculados com o colonialismo e este está sempre vinculado ao imperialismo. Por isso mesmo, é que toda a lógica do imperialismo colonizador sempre esteve muito baseada no racismo, na noção de que um colonizado é inferior e precisa ser combatido. Uma lógica de que existe um ideal de democracia em detrimento de outras formas de governo, enfim, há sempre uma questão racial e de racismo. Todos esses

elementos foram se articulando em muitas áreas do saber, foram colonizando as instituições e forjando saberes normativos que orientam a vida das pessoas.

Quanto ao caso estudado, é inevitável questão da discussão sobre a raça, justamente porque nos anos de existência do *Adauto Botelho de Goiânia* não havia uma discussão pública profunda sobre a questão racial no Brasil¹². Seria possível não vincular a questão do racismo à genética no contexto do neoliberalismo e da biopolítica como instrumento do neoliberalismo?

É nesse cenário que a noção de biopolítica tem se apresentado como polissêmico e, em certa medida, um conceito em disputa. Em primeiro lugar porque há o protagonismo corretamente atribuído a Foucault não por inventar o termo, mas por mostrar como é possível evidenciar com ele uma inteligibilidade e um conjunto de racionalidades no modo como o ocidente opera na regulação da vida, em seus mais variados aspectos.

Nesses termos, uma das primeiras e mais famosas interpretações da biopolítica no ocidente depois e a partir de Foucault é a reflexão produzida pelo filósofo italiano Giorgio Agamben. Segundo Souza (2017) para Agamben, pensar a biopolítica seria pensar uma forma de política que está no cerne da política ocidental e para isso seria preciso pensar a relação entre a vida biológica como um primado em relação à vida política. Para isso, tal conjugação ocorreria a partir de pelo menos 4 eixos fundamentais: “poder soberano, vida nua (a partir da figura do *homo sacer*), estado de exceção e campo de concentração” (Souza, 2017, p. 36). Todavia, não se trata somente disso. Os campos de concentração seriam o modo radicalizado da biopolítica no nosso tempo. É o próprio Agamben que faz uma crítica explícita sobre a maneira como Foucault não teria avançado sua pesquisa até o reconhecimento de que os campos de concentração seriam a máxima expressão das formas biopolíticas: “A pesquisa, que se iniciou com a reconstrução do *grand enfermement* nos hospitais e nas prisões, não se conclui com uma análise do campo de concentração” (Agamben, 2002, p. 125).

¹² Não estamos afirmando que a discussão racial não existia no Brasil. O que está em voga aqui é justamente o caráter público com alcance plural dessas discussões para um número significativo de pessoas. Um dos aspectos que podem ser destacados aqui é justamente o próprio fato de que os militares negavam de maneira contumaz o racismo. Em matéria de 2023 no *The Intercept Brasil*, o jornalista Lucas Pedretty destaca que: “A base ideológica da ditadura era a Doutrina de Segurança Nacional. Ela tinha como um dos seus núcleos fundamentais o mito da democracia racial – ou seja, a ideia de que o Brasil seria um país sem racismo. Isso fica evidente no documento em que o policial defende o “privilégio” da “miscigenação” e da “harmonia entre os brasileiros”. Na lógica da ditadura, se somos um país sem racismo, então o surgimento de mobilizações antirracistas ou de formas de celebração da identidade negra significava que estaria em curso a “criação” ou a “importação” de um “problema racial”. Segundo a percepção dos ditadores, ao tematizar a questão racial, o movimento negro seria o verdadeiro responsável por trazer o racismo para país. Por isso, a ditadura inventou o termo “racismo negro no Brasil”. No fundo, o autor destaca que ainda hoje há grupos que sustentam que no Brasil não há racismo ainda com base nessa perspectiva do argumento da Ditadura. <https://www.intercept.com.br/2023/10/03/documentos-mostram-como-a-ditadura-negou-o-racismo-e-o-mesmo-argumento-e-usado-ate-hoje/>

Agamben também sugere que a biopolítica já está presente nas formas mais originais do poder soberano e que a modernidade teria somente jogado luz novamente ao uso do biológico como elemento capital da regulação da vida mediante a dupla relação que se estabelece entre inclusão e exclusão: “A dupla categorial fundamental da política ocidental não é aquela amigo-inimigo, mas vida nua-existência política, *zôe-bíos*, exclusão-inclusão” (Agamben, 2002, p. 16). Esses duplos se estabelecem porque: “A política existe porque o homem é o vivente que, na linguagem, separa e opõe a si a própria vida nua e, ao mesmo tempo, se mantém em relação com ela numa exclusão inclusiva” (Agamben, 2002, p. 16).

Nos termos do autor italiano, a vida nua, isto é, aquela vida cuja soberania define que é matável, esteve sempre no eixo da ambiguidade, pois, ela é excluída na mesma medida em que é incluída, é excluída na inclusão e vice-versa. É nesse sentido que há o argumento segundo o qual ele observa que a tese foucaultiana deveria ser retificada ou pelo menos integrada. Integrada “[...] no sentido de que aquilo que caracteriza a política moderna não é tanto a inclusão da *zôe* na pólis, em si antiquíssima, nem simplesmente o fato de que a vida como tal venha a ser um objeto eminente dos cálculos e provisões do poder estatal” (Agamben, 2002, p. 16). O ponto central aqui seria pensar na maneira como esses espaços de exceção são como que a regra:

Decisivo é, sobretudo o fato de que, lado a lado com processo pelo qual a exceção se torna em todos os lugares a regra, o espaço da vida nua, situado originariamente à margem do ordenamento, vem progressivamente a coincidir com o espaço político, e exclusão e inclusão, externo e interno, *bios* e *zôe*, direito e fato entram em uma zona de irreduzível indistinção (Agamben, 2002, p. 16).

O argumento de Agamben, portanto, vai em direção a uma ideia na qual a biopolítica ainda estaria presente mais do que o que se imagina nas democracias contemporâneas, caracterizadas por uma condição que ele chama de estado de exceção permanente. Nessa condição, aquele sujeito que seria o político ou que compunha a *bios* passaria também a pertencer a uma nova condição, pois os processos biopolíticos passariam também a tornar o cidadão o portador da vida nua, sendo atravessado pela soberania.

*Pode-se dizer, aliás, que a produção de um corpo biopolítico seja a contribuição original do poder soberano. A biopolítica é, nesse sentido, pelo menos tão antiga quanto a exceção soberana. Colocando a vida biológica no centro de seus cálculos, o Estado moderno não faz mais, portanto, do que reconduzir à luz o vínculo secreto que une o poder à vida nua, reatando assim (segundo uma tenaz correspondência entre moderno e arcaico que nos é dado verificar nos âmbitos mais diversos) com o mais imemorial dos *arcana imperii* (Agamben, 2002, p. 16, grifos do autor).*

O que Agamben quer mostrar é que as tecnologias biopolíticas, como gestoras das vidas nuas, das vidas que poderiam ser matáveis e, também, das supostas vidas dignas de serem vividas estão presentes na governabilidade desde algum tempo. Trata-se, portanto, de explicitar que não é o caso puro e simples de observar somente os processos sofisticados e sutis, mas de reconhecer que as formas mais violentas e mortais são parte da biopolítica. É nessa perspectiva que o italiano recorre ao campo de concentração, ao nazismo e ao fascismo: “Quando, após convulsões do sistema político da Europa que seguiram à Primeira Guerra mundial, o resíduo removido entre nascimento e nação emerge como tal à luz, e o Estado-nação entra em uma crise duradoura, surgem então o fascismo e o nazismo” (Agamben, [1995] 2002, p. 135). Esses movimentos são para Agamben ([1995] 2002, p. 135) “[...] dois movimentos biopolíticos em sentido próprio, que fazem, portanto, da vida natural o local por excelência da decisão soberana”.

Como se pode observar, o filósofo italiano atribui à biopolítica um sentido que ele chama de próprio, por assim dizer originário e esse sentido original da biopolítica não residiria apenas na sutileza de técnicas modernas de levantamento estatístico, controle biológico, controle de natalidade ou outros do tipo, como deu maior destaque Foucault. Para Agamben o sentido originário da biopolítica está na maneira como a soberania decide e governa à sua maneira, mormente violenta a vida natural, politizando tal governança decidindo qual vida merece ou não ser vivida.

Uma segunda leitura da biopolítica que merece também ser destacada aqui é a realizada por outro italiano, Roberto Esposito, entre outras obras, em *Inmunitas*, no seu famoso livro *Bios: biopolítica e filosofia* e mais recentemente no livro *Comunidade imunidade, e biopolítica*. Assim como outros autores, o italiano também não rejeita a interpretação de Foucault, mas, também observa que há limites para a interpretação da biopolítica. Já no texto de 2002, Esposito busca destacar que a relação entre vida e política precisa ser pensada a partir de uma certa lógica da imunização à qual é imprescindível um outro termo, que para o autor não pode ser deixado de lado, um outro elemento central, sem o qual a relação entre política e vida não se sustentam. Este elemento é o corpo. É a partir do corpo, segundo Esposito, que a relação entre política e vida se sustenta em seu sentido mais rigoroso e geral

Para que esta alcance um mais alto grau de significação se deve interrogar desde outra perspectiva que inclua, além do objeto da biopolítica, no modo como esta se apropria desse objeto: para poder salvar a vida de sua tendência autodissolutiva, a política deve reconduzi-la ao regime do corpo. O que parecia uma relação de dois termos – política e vida – deve interpretar-se como um jogo mais complexo que inclui um terceiro termo

é dependente deste: só na dimensão do corpo se presta a vida a ser conservada como tal pela imunização política¹³ (Esposito, 2005, p. 160-161).

Esse autor observa que nessa relação biopolítica, isto é, entre política e vida há sempre um elemento de autodestruição que se sustenta com base em um ideal de imunização. Para isso, essa imunização está atrelada sistematicamente numa dupla fundação do corpo como individual e coletivo. Nessa função imunitária, a política vai agir como reguladora, como aquela que define como a comunidade vai se organizar fundada no princípio da doença e da saúde, ou para usar os termos do autor, é o mesmo corpo que arregimenta para si tanto a condição de estar vivo como a condição de estar morto. Isso porque é preciso que o corpo, em um primeiro momento, possa ativar todas as suas potencialidades de produção e reprodução para depois, mais tarde, se possível, começar a envelhecer. Sendo assim, segundo Esposito (2005), o corpo apresenta-se em uma condição binária entre a vida e a morte. A função imunitária seria justamente aquela que iria potencializar a longevidade do corpo, afastando-o da morte. Daí, segundo o autor, muitas metáforas organicistas foram formadas, desde pelo menos a leitura que Hobbes fez da sociedade.

Mas justamente esse caráter binário constitutivo – entre vida e morte, crescimento e deterioração – e faz do corpo a zona limiar cujo interior se exerce a intenção imunitária da política: demorar quanto se pode o passo da vida para a morte, empurrar a morte ao ponto de mais afastá-la da atualidade da vida. O corpo é a uma só vez o campo e o instrumento deste combate. Enquanto resista, não haverá morte¹⁴ (Esposito, 2005, p. 193).

Nesta linha tênue entre o paradigma imunitário, na relação do corpo com a vida e com a morte, Esposito vai provocar a interpretação biopolítica no interior de uma relação profícua com a morte, o que ele vai aprofundar em *Bios*, a partir da noção de tanatopolítica. Para isso, entretanto, o autor retoma todo um debate sobre como estaria presente em autores como Hobbes, Locke, Tocqueville, a perspectiva biopolítica que, mesmo não utilizando o termo, esses autores abriram espaço para que a relação entre a vida, a morte, o corpo e o paradigma

¹³ “Para que esta alcance un más alto grado de significación, se la debe interrogar desde otra perspectiva que incluya, además del objeto de la biopolítica, el modo en que esta se apropia de ese objeto: para poder salvar a la vida de su tendencia autodisolutiva, la política debe reconducirla al régimen del cuerpo. Lo que parecía una relación de dos términos -política y vida- debe interpretarse como un juego más complejo que incluye un tercer término y depende de este: sólo en la dimensión del cuerpo se presta la vida a ser conservada como tal por la inmunización política” (Esposito, 2005, p. 160-161).

¹⁴ “Pero justamente este carácter binario constitutivo -entre vida y muerte, crecimiento y deterioro-e- hace al cuerpo la zona limiar en cuyo interior se ejerce la intención inmunitaria de la política: demorar cuanto se pueda el paso de la vida a la muerte, empujarla muerte al punto más alejado de la actualidad de la vida. El cuerpo es a la vez el campo y el instrumento de este combate. Mientras resista, no habrá muerte” (Esposito, 2005, p. 193).

imunitário estivesse cada vez mais presente, muito antes do período analisado por Foucault. Embora Esposito reconheça o papel fundante desses autores na recomposição da biopolítica a partir da imunização, é somente a partir de Nietzsche que, segundo o filósofo, o paradigma imunitário passará a ser realmente o sustentáculo de uma semântica biopolítica. Aqui deve-se observar uma das justificativas do autor:

Aquilo que é imunizado, em suma, é a própria comunidade, de uma forma que conjuntamente a conserva e a nega, ou melhor, a conserva através da negação de seu originário horizonte de sentido. Deste ponto de vista poderia chegar-se a dizer que a imunização, mais do que um aparelho de defesa sobreposto à comunidade, é uma engrenagem interna. A prega que de algum modo a separa de si própria, pondo-a ao abrigo de um excesso não sustentável (Esposito, 2010, p. 82).

Observa-se que o argumento de Esposito se baseia na premissa segundo a qual há uma certa ambiguidade entre a imunidade e a comunidade, pois, conceitualmente um nega o outro. Todavia, do ponto de vista da relação política, se essa contração não se esvai, pelo menos se sustenta a partir de uma lógica segundo a qual ao imunizar o indivíduo está se fazendo isso em defesa da comunidade. Na interpretação de Esposito, não obstante as contradições e ambiguidades entre as categorias de comunidade e imunidade, elas encontram seu sustentáculo nas contradições da semântica nietzschiana. Ele resume essa sua posição inicial mostrando que Nietzsche teria sido decisivo justamente porque a ele interessa a história, o sentido não natural das coisas, as fissuras e feridas, a multiplicidade e não a pureza e a unidade. Seria ainda a partir de uma perspectiva sobre como os acontecimentos poderiam influir “[...] na rede de significados [...]” (Esposito, 2010, p. 119) que configurariam a sociedade, justificaria os erros e a violência. Toda essa ponderação nietzschiana estaria situada em um polo específico: “[...] não há política a não ser a dos corpos, sobre os corpos, através dos corpos” (Esposito, 2010, p. 125).

Segundo o filósofo italiano, há um outro aspecto importante atribuído a Nietzsche que seria aquele de uma certa sinceridade de Nietzsche como sendo um debatedor da relação entre saúde e doença, entre os sãos e os doentes, entre os aptos e os inaptos, o que o conduziria a uma posição biológica e política que o vincularia ao darwinismo social e mesmo justificaria, nos séculos seguintes, certas posições eugenistas¹⁵. Fazendo uma retomada ao platonismo e um

¹⁵ Sobre o darwinismo social, André Pichot, argumenta que: “O darwinismo social é contrário à doutrina do *laissez-faire*, onde toda intervenção estatal é recusada. O darwinismo social é, ele mesmo, um liberalismo extremo que recusa até as leis de proteção social, a fim de permitir a seleção agir na sociedade como ela é suposta na natureza, isto é, eliminam os indivíduos menos competitivos” (Pichot, 2000, p. 159). Sobre a relação de Nietzsche com o Darwinismo, a referência mais conhecida sobre esse debate é o livro *Nietzsche contra Darwin*, de Frezzati Junior. Segundo o autor, é preciso compreender que a relação entre Nietzsche e Darwin é muito complexa, dado que há uma predominância de conceitos darwinistas nos seus escritos póstumos. Mas, o uso não pode ser utilizado para dizer que Nietzsche seria darwinista, até porque Nietzsche fazia uma crítica aos principais conceitos de Darwin.

avanço até as teorias da degeneração Esposito destaca que não seria “[...] infundado ver neste Nietzsche, por um lado, o apogeu niilista do darwinismo social oitocentista e, por outro, o trâmite de passagem conceptual para aquele ativismo eugenético que conhecerá os trágicos fastos no século subsequente” (Esposito, 2010, p. 143).

Embora não exista consenso quanto a esta posição de Esposito sobre Nietzsche¹⁶, este último parece ser o meio para o primeiro se valer do paradigma imunitário para estabelecer que a biopolítica, tal como Foucault apresenta, seria na verdade uma tanatopolítica, isto é, uma política que embora parta de uma regulação da vida, está sustentada pela política da morte. Nesse ponto, Esposito, não obstante os procedimentos, se aproxima da posição de Agamben, para quem a biologia política nazista teria nos campos de concentração a sua mais avançada aplicação. Nos campos de concentração não havia regulação da vida e sim a contagem dos mortos em nome de se defender a existência de um certo grupo.

A terceira e última interpretação da biopolítica lançada à baila nesta tese é a que mais recentemente veio à público, ou melhor, se popularizou no meio intelectual brasileiro: um desdobramento da biopolítica enquanto política de morte, a nova terminologia foi apresentada pelo filósofo camaronês Mbembe (2016), sob a terminologia necropolítica. No contexto da discussão sobre a necropolítica, já há trabalhos sobre a questão. Alguns chegam mesmo a dizer que o conceito do filósofo camaronês suplantaria a discussão feita por Foucault¹⁷. Contudo, não parece que a necropolítica seria esse conceito que apresentaria algo efetivamente novo em relação ao conceito de biopoder, justamente porque, na interpretação atenta do texto de

Por fim, para Frezzati Junior, é fundamental compreender a polissemia do darwinismo, pois, muitos autores, em contextos e culturas diferentes produziram um conceito polissêmico.

¹⁶ Aliás, deve-se observar que esse esforço se remete a uma certa recepção de Nietzsche ainda início do século XX, esforço esse que segundo Frezzati Junior (2011) seria inconsistente e forçado e estaria ainda baseado em uma posição muito comum à época. Comentando fundamentalmente uma obra de Richter observa-se o seguinte: “Seus esforços são, por vezes, até mesmo claramente grosseiros e forçados. A autora, na realidade, efetua dois procedimentos de simplificação. Em primeiro lugar, na diferenciação entre os pensamentos de Lamarck e Darwin; e, depois, na classificação de Nietzsche como lamarckista e, conseqüentemente, como eugenista. No primeiro caso, ela não só desqualifica o darwinismo nos textos nietzschianos, mas desqualifica o próprio pensamento de Darwin, pois considera algumas noções darwinianas como já presentes em Lamarck ou em Erasmus Darwin. A chave da questão está, para nós, na diferença que a autora faz entre a seleção natural e a herança dos caracteres adquiridos e na relação que ela estabelece entre essas noções e o eugenismo. A seleção natural e a herança dos caracteres adquiridos definem claramente, para Richter, as teorias darwinistas e lamarckistas, respectivamente” (Frezzati Junior, p. 2011, p. 814).

¹⁷ No campo dessas análises, uma das mais impactantes é a tese de Fábio Luis Franco (2018) editada como livro em 2021. A partir da análise da chamada vala clandestina de Perus, aberta em 1971 é inaugurada por Paulo Maluf, Franco (2018) faz um movimento histórico e filosófico com a finalidade de problematizar que nesse caso, há uma gestão da morte com a finalidade de ocultar os nomes das pessoas perseguidas e mortas pela Ditadura Militar. A partir do caso dessa vala, o autor procura mostrar justamente os limites da análise biopolítica de base somente europeia.

Foucault, já se observa que na biopolítica a questão da morte, da definição de quem morre também já está estabelecida.

Ainda assim, Mbembe estabelece passos importantes para pensar como ocorre a política da morte, aquilo que ele denominou, já dissemos, necropolítica. Sigamos os passos de Mbembe de maneira mais detalhada. O primeiro passo é destacar que o camaronês parte de uma premissa muito semelhante à realizada por Agamben que é justamente destacar o trabalho de Hannah Arendt em relação ao de Foucault¹⁸. Notadamente ambos estão na base da sua reflexão, mas, não no sentido de pura e simples concordância e sim reconhecendo certos limites. Contudo, o mais importante é também as formas de alinhamento entre eles, pois, são, à sua maneira, críticos de uma noção monorracional que estaria na base do processo a partir dos quais a soberania normatiza a constituição tanto do sujeito quanto das instituições ocidentais. Como destacou o próprio Mbembe, está em foco na sua análise “[...] a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações” (Mbembe, 2016, p. 125), como um projeto político com base no biológico, fundado a partir da raça.

Segundo o autor, quando se olha para a realidade o que se apresenta é uma condição ou contingências que escapam totalmente dos conceitos, ou melhor, do discurso filosófico produzido na modernidade ocidental. Isso porque o ocidente não conseguiu superar certas barreiras, ou somente conseguiu em partes, no contexto do debate discussão em torno do reconhecimento das práticas mais violentas como parte de um projeto racional e político nas sociedades consideradas mais avançadas e civilizadas. Matar ou fazer morrer não seria outra coisa que meios mais ou menos instrumentalizados para matar quem ferisse o poder soberano. Não é por acaso que tornar a morte menos humilhante e mais democrática teria sido um dos papéis da guilhotina, aponta Mbembe. Porém, não é só isso. A própria escravidão, em certos casos, passa ilesa da análise sobre como a morte é a despersonalização dos sujeitos. Nesses casos, quanto mais a sociedade se torna “civilizada” mais o fator racial acaba sendo crucial para a definição de quem vai ou não morrer.

O exemplo primordial para análise em questão é justamente a colônia. A colônia seria para os europeus o espaço onde a civilização sequer pode existir, onde não há qualquer tipo de

¹⁸ Para Agamben, o grande problema ou lacuna do trabalho realizado por Arendt sobre o totalitarismo seria justamente não reconhecer o caráter biopolítico das formas de decisão de quem viveria ou não. No contexto da análise do totalitarismo, é preciso observar também os limites e os problemas apresentados na obra de Arendt, especialmente depois das denúncias de sua ligação com a CIA. De todo modo, não obstante a importância de seu trabalho e o caminho aberto por ela, a própria noção de totalitarismo, que coloca comunismo e nazismo no mesmo espectro não pode ser aceita sem reservas diante das problematizações históricas e acadêmicas que vêm sendo realizadas nos últimos anos (ver: Losurdo, 2006, *Para uma crítica à categoria de totalitarismo*).

soberania, pois, soberania somente existiria nos chamados estados civilizados, mesmo que inimigos.

As colônias não são organizadas de forma estatal e não criaram um mundo humano. Seus exércitos não formam uma entidade distinta, e suas guerras não são guerras entre exércitos regulares. Não implicam a mobilização de sujeitos soberanos (cidadãos) que se respeitam mutuamente, mesmo que inimigos. Não estabelecem distinção entre combatentes e não combatentes ou, novamente, “inimigo” e “criminoso”. Assim, é impossível firmar a paz com eles. Em suma, as colônias são zonas em que guerra e desordem, figuras internas e externas da política, ficam lado a lado ou se alternam. Como tal, as colônias são o local por excelência em que os controles e as garantias de ordem judicial podem ser suspensos – a zona em que a violência do estado de exceção supostamente opera a serviço da “civilização” (Mbembe, 2016, p. 133).

Nessas condições, não há direito, não há regra, tampouco norma que sirva para as guerras coloniais, que sirva como uma salvaguarda para os colonizados pelo menos tentarem se defender. Isso ocorre justamente porque as colônias não são reconhecidas como espaços de existência de outros seres humanos. São vistos apenas como espaços a serem controlados pelos colonizadores. Mbembe relembra rapidamente o caso do *apartheid* na África do Sul, do modo como era preciso dividir e deixar excluído o local onde nasciam as pessoas colonizadas. Mas, o exemplo primordial utilizado pelo camaronês é a situação da invasão colonial da Palestina. Segundo o filósofo, no caso da invasão israelense sobre a Palestina a noção de estado está atrelada a “[...] sua reivindicação fundamental de soberania e legitimidade da autoridade de seu próprio relato de história e identidade” (Mbembe, 2016, p. 136). Além disso, essa narrativa é difundida e endossada por meio de uma ideia metafísica segundo a qual o estado israelense deveria existir quase que por ele mesmo, pois sua existência seria um direito divino. Nesses termos, “[...] então entra em conflito com outra narrativa pelo mesmo espaço sagrado. Como ambas são incompatíveis e suas populações estão entrelaçadas, qualquer demarcação de território com base na identidade pura é quase impossível” (Mbembe, 2016, p. 136). Mais do que isso, como se pode observar, o povo palestino não é visto como um conjunto de seres humanos, portanto, são vistos como inferiores e logo não teriam eles mesmos soberania. “Violência e soberania, nesse caso, reivindicam um fundamento divino: o povo é forjado pela adoração de uma divindade, e a identidade nacional é concebida em oposição a outras divindades” (Mbembe, 2016, p. 136). Na sequência, segundo o autor, o que há é a junção de três poderes: “Como ilustra o caso palestino, a ocupação colonial contemporânea é uma concatenação de várias poderes: disciplinar, biopolítico e necropolítico. A combinação dos três possibilita ao poder colonial dominação absoluta sobre os habitantes do território ocupado” (Mbembe, 2016, p. 137).

Diante de toda essa violência colonial Mbembe argumenta que falar de biopoder não é suficiente, dado que o que efetivamente está ocorrendo, por exemplo, nas inúmeras guerras coloniais que acontecem ainda hoje, não é uma gestão sobre vida e sim os mais variados modos de gerir morte e violentar as populações, como a população palestina, considerada pelo sionismo israelense uma sociedade sem soberania própria:

Enquanto categoria política, as populações são então decompostas entre rebeldes, crianças-soldados, vítimas ou refugiados, civis incapacitados por mutilação ou simplesmente massacrados ao modo dos sacrifícios antigos; enquanto os “sobreviventes”, depois de um êxodo terrível, são confinados a campos e zonas de exceção (Mbembe, 2016, p. 141).

Mais recentemente, se se fizer uma análise mais sistemática do caso da Palestina, pode-se observar que atrelado às questões territoriais e religiosas há uma profunda questão racial que atravessa todo o conflito entre o exército israelense e as forças de resistência palestinas. Segundo Pappé (2007), no interior desse conflito, não se pode deixar de lado a questão racial descrita como limpeza étnica, que existe de maneira mais sistemática desde pelo menos 1948. Apenas esse movimento não responde à questão, pois, na verdade, a limpeza étnica estava e está presente ainda hoje, pois, desde os refugiados de 1948 e de 1967 que o estado de Israel não aceita a entrada dos descendentes dos refugiados em seu território. Mais recentemente, ainda durante a pandemia de COVID-19, o estado de Israel foi acusado de negar vacinas aos palestinos, o que aponta que tal questão étnica ainda está muito viva nas tensas e destruidoras relações que Israel mantém com a Palestina¹⁹.

Depois de outubro de 2023 o mundo pareceu surpreso com o ataque de Israel à Palestina como uma forma de reação à ofensiva do Hamas. A mídia corporativa a serviço das forças capitalistas por todo o mundo esforçou-se em dizer que se tratava somente de uma resposta a um suposto ataque terrorista. Contudo, com o decorrer do massacre do estado de Israel sobre o povo palestino, produzido em nome do sionismo, o que se viu é que essa mesma mídia ainda tenta ocultar e manipular uma série de crimes de guerra produzidos e justificados tendo como argumento a luta contra o terrorismo. Mas, o que justificaria o ataque israelense à Cisjordânia? E os recentes ataques ao Líbano? Não seria também Israel um estado terrorista? O primeiro fato que se deve deixar explícito é o seguinte: o que está acontecendo sob os olhos do mundo não é outra coisa senão um conflito colonial, ou seja, estamos testemunhando uma tentativa e o

¹⁹ Sobre isso ver a matéria em: <https://www.brasilefato.com.br/2021/01/15/palestina-exige-que-israel-fornece-vacina-contracovid-19-ao-povo-palestino>.

recrudescimento da força colonizadora sendo aplicada em um território. Vejamos alguns números:

Em meio a uma das guerras mais sangrentas no Oriente Médio, com ataques diários inclusive contra escolas, hospitais e campos de refugiados, o número de palestinos mortos pelo conflito entre Israel e Hamas na Faixa de Gaza ultrapassou 14,1 mil. A informação foi divulgada nesta terça-feira (21) pelo movimento. Os confrontos no território que tem 2,3 milhões de habitantes já duram mais de seis semanas, e, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), mais de 1,6 milhão de palestinos precisaram deixar suas casas, principalmente na região norte de Gaza. Conforme o Ministério da Saúde da Palestina, entre os mortos há 5.840 crianças e 3.920 mulheres, o que corresponde a quase 69% das vítimas da guerra. Por conta dos bombardeios e ataques por terra, também ficaram feridas mais de 33 mil pessoas²⁰.

Segundo os números históricos, a quantidade de mortes dos últimos meses de 2023 já é maior que os números dos últimos anos da colonização israelense²¹. Diante dessa possibilidade de leitura, a interpretação da biopolítica feita por Mbembe (2016) dá um passo adiante, pois, de certa maneira explícita o que realmente ocorre com as guerras coloniais: o extermínio. Nesse sentido, como argumenta Sugizaki (2021), a partir da análise de Mbembe, não se coloca necropolítica em oposição à biopolítica, ao contrário, trata-se de uma face intrínseca, mas, com o destaque que escancaram os métodos do imperialismo:

Ele leu a dialética entre soberania e biopolítica do ponto de vista das populações dominadas pelos Estados capitalistas, nas condições atuais do imperialismo. Desse ponto de vista, ele mostrou que a biopolítica dos países centrais do capitalismo se manifesta como necropolítica, política de aniquilação da vida, em relação às raças e classes estrangeiras aos estados sede do imperialismo (Sugizaki, 2021, p. 108)

Nesses casos, como no caso do vilipêndio israelense sobre a Palestina, não há disfarce e sim a efetivação da política de exclusão e morte para com os povos considerados não-humanos ou humanos inferiores. Aqui a divisão territorial tem como meta definir qual população deve ser explorada, espoliada, vilipendiada, massacrada e dizimada.

Não obstante toda essa discussão sobre as formulações da biopolítica que derivam e avançam para além de Foucault, de modo a mostrar que as tecnologias biopolíticas podem se estabelecer a partir da violência, sem sofisticação ou roupagem tecnológica e discursiva, para os fins desta tese interessa a maneira como a biopolítica se exerce de maneira mais sutil e

²⁰ Disponível em: <https://www.ocafezinho.com/2023/11/23/numero-de-palestinos-mortos-no-genocidio-em-gaza-ja-ultrapassa-os-14-mil/>. Ver também a série de entrevistas na TV LA FOLIE sobre denominados Palestina livre: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLaLON8K4iSFREoC8a0ar0vI2voxW0vDf2>

²¹ Para uma leitura mais sistemática desse genocídio cf. Pappé (2019, 2017) e Said (2012).

sofisticada, que não deixa de ser violenta, a partir da eugenia e do processo de psiquiatrização não só do manicômio, mas de toda a sociedade, questões essas trabalhadas a seguir.

1.2 Do *grande internamento* à psiquiatrização do social²²

Para entendermos esse processo que vai do asilo à psiquiatrização da vida como um todo, partimos de uma noção que é desenvolvida por Foucault (2019) em *História da loucura*. O conceito ‘grande internamento’ (casas de trabalho, casas de correção e hospitais gerais), dá título ao segundo capítulo da obra. Esse nome refere-se a uma tecnologia de afastamento, de separação entre a razão e as formas de desrazão.

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético — de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder por sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido (Foucault, 2019, p. 56).

Isso não significa que na Idade Média essas figuras eram simplesmente esquecidas, ao contrário, notadamente também passavam por opressões. Baseadas menos nos argumentos racionais e mais numa base escatológica. Sendo assim, as casas de internamento são também espaços do castigo moral da miséria. Filosoficamente, trata-se do local de separação entre o mau e o bom pobre, entre o bom e o mau louco. Os bons passarão pela caridade, os maus pela repressão, mas todos serão afetados pela moralidade do encerramento.

Foucault narra processos importantes acerca do papel do grande internamento naquele momento histórico: “Os grandes hospícios, as casas de internamento, obras da religião e de ordem pública, de auxílio e punição, caridade e previdência governamental são um fato da era clássica: tão universais quanto ela é quase contemporânea de seu nascimento” (Foucault, 2019, p. 53). Ora, são muitas as perspectivas que circunscrevem o nascimento desse tipo de instituição. As casas de correção, por exemplo, não poderiam ser entendidas apenas como um controlador do mercado ou para reabsorver o desemprego. Estavam, pelo que se verifica, muito mais voltadas a ocultar, tornar eufemísticas as condições de miséria, bem como ao controle das agitações e sublevações das massas.

²² Esta primeira parte deste item, que dialoga com Foucault, Rusche e Kirchheimer e Rosen é resultado de um circuito de pensamento desenvolvido com o professor Eduardo Sugizaki, desde disciplinas ministradas por ele na PUC – GO, passando por reflexões escritas e audiovisuais que realizamos nos últimos anos.

Para a compreensão desse fenômeno, Rusch e Kirschheimer (2004), dois autores da escola de Frankfurt, trazem dados importantes. Na obra *Punição e estrutura social*, fazem uma análise social do surgimento das práticas de punição e do internamento, das casas de correção. Segundo eles, as casas de correção existem desde o século XVII, mas elas não são a prisão que se desenvolverá no século XIX. Embora as casas de correção sejam o molde sobre o qual será fixada a prisão ‘socioeducativa’ da nossa modernidade, são duas instituições, duas filosofias, duas épocas, em continuidade, mas sem identificação. Sendo centralmente utilizada por Foucault em *Vigiar e Punir*, a obra dos frankfurtianos é fundamental para compreender o hospital geral e as casas de correção, que são abordadas também em *História da loucura*, ao lado das instituições de encerramento dos loucos

Após uma exposição sobre o modo como a demografia dos países europeus influenciaram na definição das práticas de trabalho e no salário, os autores destacam que as instituições que compõem o grande internamento podem ser lidas a partir de duas condições: a) a diminuição da população por causa de guerras e pestes e b) do modo como a relação com a pobreza era efetivada pela burguesia, especialmente a partir do trato que a religião impunha ao trabalho. Destacam-se, ainda, muitas práticas caritativas, ocasionando, assim, um aumento no número de mendigos e vagabundos. Rusche e Kirchheimer (2004, p. 67) mostram que existiam por toda parte “[...] queixas amargas sobre a escassez de mão de obra causada pela mendicância”, uma vez que muitas pessoas preferiam a vida nas ruas que trabalhar nas condições que a indústria oferecia. “Se as condições oferecidas pelos empregadores pareciam muito duras, elas preferiam a caridade privada ao trabalho regular” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 66). Diante disso, foram criadas leis de repressão aos pobres. De tal sorte que todos os tipos declarados pela burguesia nascente como vagabundos, mendigos e coisas do tipo seriam punidos. Logo “[...] tais definições abrangiam todos os trabalhadores que se recusassem a trabalhar” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 67). Se o trabalho era fundamental para a estrutura econômica e definição moral, não trabalhar seria um crime.

Cria-se, portanto, uma nova tipologia de crime e por consequência uma nova configuração penal que se organizava paralela ao modo de produção. Seria preciso, então, pela pena dos juristas e filósofos iluministas, um método mais humano, que não servisse somente para tirar a liberdade, mas, para reeducar essas pessoas. Essa seria a função da casa de correção, de tal modo que “[...] o Estado usou com novos propósitos o contingente de trabalhadores ao seu dispor” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 67).

No início do tópico *O surgimento da casa de correção*, os autores mostram que embora a primeira instituição para limpar a cidade dos mendigos e vagabundos seja a de Londres, foi

na Holanda que esse mecanismo obteve mais êxito. *Via de regra*, esse empreendimento tinha dois objetivos básicos, fortemente ligados ao calvinismo: a) aproveitar toda a reserva de mão de obra para fins econômicos mais imediatos; b) o mais importante, entretanto, seria ressocializar essas pessoas de tal maneira que elas pudessem ingressar no mercado de trabalho de forma espontânea, posteriormente. Em uma linguagem foucaultiana, se trata de um projeto para fabricar a subjetividade, para atender às demandas daquela sociedade.

Embora esse fosse o projeto, obviamente nem todas as pessoas seriam convencidas e formatadas para alcançarem esse fim, nem mesmo os ensinamentos religiosos conseguiu persuadir todos os trabalhadores. O processo de subjetivação passaria a ser outro para os que ofereceram resistência: a casa de correção. “Foram necessárias medidas mais radicais, como as casas de correção, onde os mais resistentes eram forçados a forjar seu cotidiano de acordo com as necessidades da indústria” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 69). Muito sugestivo esse texto acerca do problema da formação da subjetividade, pois, na medida em que se é forçado a forjar o cotidiano, isso significa que há uma ação direta sobre o sujeito, projeta-se um novo conjunto de pessoas para esse tipo de sociedade industrial.

Em seguida, novamente o caso holandês é chamado à baila para servir de exemplo, pois ele teria sido a inspiração para os países europeus. A casa de correção consistia, portanto, na junção de três princípios: 1) ser assistência aos pobres; 2) ser oficina de trabalho; 3) ser instituição penal. Tudo para que essas casas de correção pudessem transformar os indesejáveis em pessoas socialmente úteis. Isso só seria possível por meio de uma série de ações dentro da instituição, como treinamento, a inculcação de certos hábitos, para que as pessoas encerradas pudessem, já transformadas em novos sujeitos, deixarem de ser indesejáveis e se tornarem úteis. Foucault acrescentaria a esta equação o termo ‘dócil’, como o fez de modo sistemático em *Vigiar e Punir*, a partir da noção de disciplina: “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta a força do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)” (Foucault, 1987, p. 119).

Se inicialmente essas casas eram apenas para ressocializar mendigos, vagabundos, desempregados, prostitutas e ladrões, flagelados, marginalizados, posteriormente elas passaram a ser o lugar de outros tipos, que não mais estariam negando a probidade moral do trabalho. Ela passaria a receber também os desajustados de todo tipo, incluindo as crianças consideradas rebeldes e dependentes dispendiosos.

A casa de Amsterdã foi exemplo também para a definição dos processos e da organização das casas de correção em outros países, seja no trato com a economia seja no trato

com as formas de organização e divisão do trabalho, bem como serviu de exemplo para estruturar o tempo de estadia das pessoas nas instituições, que geralmente era dividido em tempo de treinamento e tempo para pagar pelo treinamento. Chama a atenção esse caráter supostamente formativo que perpassava e justificava a existência das casas de correção, a defesa desse bem que se estabelecia a partir do trabalho.

O fato é que pessoas de toda sorte poderiam ser enviadas para lá, não somente os vagabundos, mendigos, criminosos, prostitutas: a casa de correção recebia todo tipo de pessoa que era considerada indesejável, o que se pedia em troca era o pagamento. “Requeria-se dos pais um pagamento pelo internamento de suas crianças desencaminhadas ou de qualquer pessoa que internasse um protegido ou parentes indesejáveis” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 73). Esse movimento fez com que as casas de correção ampliassem cada vez mais o grupo de pessoas que passam pela sua disciplina e suas formas de forjar as pessoas para a moralidade industrial.

Rusche e Kirchheimer (2004) destacam, também, os conflitos entre o estado e as guildas, no que diz respeito às casas de correção. As guildas, associações de construtores, artesãos e outras profissões, se posicionavam contra as casas de correção, não por humanismo ou por horror à pedagogia correcional ou aos trabalhos forçados, e sim porque esse tipo de instituição gerava um risco ao monopólio. Em certos casos as casas de correção tinham dificuldade em encontrar mestres advindos dessas corporações, contratando então mestres desvinculados dessas associações.

Outros autores também se situam nessa mesma perspectiva, mesmo não utilizando a expressão. Um dos nomes mais conhecidos que conta um pouco dessa história destacando que se tratava de um investimento muito mais moral e social que médico, é George Rosen. Ele argumenta nesse mesmo sentido:

[...] o hospital, desde o século XVI ao XIX pretendia principalmente ajudar na manutenção da ordem social velando pelos doentes e necessitados. Para lograr esta finalidade o hospital medieval estava em grande medida secularizado, submetido ao controle estatal e suas atividades se aceitavam como uma responsabilidade da comunidade²³ (Rosen, 1974, p. 189).

A partir daí é possível observar que a loucura era mais uma das classificações dos que eram internados para uma espécie de manutenção da ordem e da moral, juntamente com outros grupos, especialmente os pobres. Era uma nova forma de analisar a pobreza, condenando-a,

²³ Na versão espanhola: “[...] el hospital, desde el siglo XVI al XIX pretendía principalmente ayadar al mantenimiento del orden social velando por los enfermos y los necesitados. Para lograr este fin el hospital medieval estaba em grand medida secularizado, sometido a control estatal y sus actividades se aceptaban como una responsabilidad de la comunidad” (Rosen, 1974, p. 189).

diferentemente da visão medieval. “Uma meta importante era castigar a imoralidade e a conduta antissocial. Todos os indivíduos qualificados de associiais ou discrepantes eram isolados os internando²⁴” (Rosen, 1974, p. 194).

Como se pode observar, em uma primeira perspectiva, o grande internamento aparece sob uma ótica fundamentalmente repressiva. Mas é fundamental compreender que o grande internamento exerce um papel complementar, um sentido duplo, isto é, um sentido positivo, no sentido de produtivo, de produção seja de uma nova moralidade seja de uma nova ética. Para isso, vejamos mais detalhadamente o caso francês. O primeiro hospital geral da França foi estabelecido em 1656, e tem sua organização semelhante à das casas de correção. Citando o padre Jesuíta Dunod, Rusche e Kirchheimer (2004, p. 71) destacam as três características básicas dos Hospitais Gerais: “Elas são a um só tempo uma instituição religiosa”, portanto, de caridade, “um seminário”, um lugar de educação e “uma manufatura”, um lugar de produção. Cumpre observar ainda nessa descrição de Dunod, que não há um vínculo explícito ou relação direta com as instituições penais, como elas se caracterizavam, não há como não relacionar e mesmo observar seus reflexos nas instituições penais da modernidade. Ou isso era tão óbvio que não era preciso descrever ou então se tratava de um modo de tentar desligar essas instituições de seu objetivo primeiro, a punição de pobres e desviantes e a conseqüente limpeza das ruas. De todo modo, como destacam os autores:

Os Hôpitaux généraux na França dedicavam-se ao provimento e aplicação de novos métodos de produção. Os diretores de vários *Hôpitaux* trocavam correspondências sobre suas experiências, e encorajavam-se mutuamente para adotarem novos métodos, de modo a usarem todo o material humano disponível (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 72).

É preciso investigar o que esses diretores dialogavam nessas correspondências, contudo, os alemães indicam que há uma tentativa, um sentido de usar novos e modernos métodos para aplicarem à produção. O meio para isso seria utilizar todo o material humano com vistas à otimização da produção. Decorre daí que esses indivíduos subjetivados e objetivados se tornariam mais um grupo de peças na maquinaria da produção. Para isso, seria preciso que aqueles que estivessem nos hospitais passassem por certa disciplina, que era prevista nos regulamentos, como o de Amsterdã: “Em primeiro lugar, devemos render graças ao Senhor pela manhã, à tarde e à noite (...) de acordo com a tradição antiga; a primeira falta será castigada

²⁴ “Una meta importante era castigar la inmoralidad y la conducta antisocial. A todos los individuos calificados de asociales o discrepantes se los aislaba internándolos” (Rosen, 1974, p. 194).

através da perda de uma refeição, a segunda através de decisões discricionárias das autoridades” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 73).

Deve-se sublinhar ainda que esses regulamentos e essa disciplina têm como uma das premissas também a questão religiosa, fosse católica ou protestante, o que importava era procurar convencer as pessoas de uma espécie de salvação pelo trabalho: “Apesar das diferenças de credo entre Amsterdã e Alemanha, de um lado, e a França de Luís XIII e Luís XIV de outro, o uso da religião como um meio de inculcar a disciplina e a disposição ao trabalho pesado foi uma faceta essencial dessas instituições em toda parte” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 73).

Rusche e Kirchheimer (2004) chamam a atenção ainda para uma espécie de contradição sobre o que seria a casa de correção: idealizada para ter um caráter corretivo, ela teria se tornado apenas tecnologia para produção e lucratividade. Mas os autores mostram que há um debate sobre a questão: embora tivessem a perspectiva corretiva como finalidade, as casas de correção não teriam sido pensadas para o exercício da filantropia, pois naquele tipo de sociedade o que estava em jogo era a produtividade. “Algumas afirmações podem ter sido exageradas, mas é certo que a possibilidade de lucro era um fator decisivo para a instituição das casas de correção” (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 77-78). Os autores insistem:

A política para a pobreza era esporádica e a política criminal tinha um caráter repressivo e imediatista. A política institucional para as casas de correção neste tipo de sociedade não são o resultado do amor fraterno ou de senso oficial de obrigação para com os desvalidos. Era, outrossim, parte do desenvolvimento do capitalismo (Rusche, Kirchheimer, 2004, p. 80).

É preciso concordar com os autores que não se trata mesmo de um amor pela humanidade, ou se isso consiste, é sim, nesses modos do nosso humanismo. A condição principal, entretanto, não se encontra simplesmente nessa dicotomia, e, sim na compreensão de que as casas de correção tenham uma dupla função: elas servem para correção e punição dos internados e para a produção. Em termos de produção estamos falando de lucratividade, mas também, e fundamentalmente, sobre a produção de um novo sujeito, de uma nova humanidade, de uma nova coletividade de pessoas, que formariam, depois da casa de correção, um novo conjunto de pessoas produtivas e úteis para a comunidade.

Também Rosen (1974) argumenta que os Hospitais gerais tinham como função o internamento com base nas questões morais: “[...] na França dos finais dos séculos XVII e XVIII, os dementes eram internados nos mesmos estabelecimentos que a gente que mostrava

uma conduta inaceitável ou irracional²⁵” (Rosen, 1974, p. 198). Além do mais, é preciso observar que a aceitabilidade social e a racionalidade possuem o mesmo sentido, logo, quem é internado e considerado irracional é justamente quem não se encaixa nesses ditames do social. Não é outra coisa senão uma condição que se desloca da posição médica. “A finalidade do internamento em uma instituição correccional era manter a autoridade paterna e a honra da família, proteger a religião católica, defender o poder real e preservar a ordem e a segurança públicas²⁶” (Rosen, 1974, p. 198).

Rosen (1974), portanto, se coloca em posição semelhante à de Foucault, embora ainda em uma posição iluminista, o que não impede de fazermos essas relações, uma vez que ambos os autores apontam para a condição ambígua das instituições de internação.

Analisando esse conjunto de instituições francesas, diz Foucault (2019 p. 73-74):

[...] o Hospital geral não tem o aspecto de um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impedem de trabalhar; ele não terá simplesmente o aspecto de um ateliê de trabalho forçado, mas antes o de uma instituição moral encarregada de castigar, de corrigir certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens, mas não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência. O Hospital Geral tem um estatuto ético. [...] E, no fundo, é nesse contexto que a obrigação do trabalho assume um sentido: é simultaneamente um exercício ético e garantia moral. Vale como ascese, como punição, como signo de uma certa atitude do coração. O prisioneiro que pode e quer trabalhar será libertado não tanto pelo fato de ser novamente útil à justiça, mas porque de novo aderiu ao grande pacto ético da existência humana.

É no interior de toda essa disputa, nessas inúmeras possibilidades de pensar o hospital geral como dispositivo de combate a todo tipo de desajustado, sem condições de trabalho, que a loucura aparecerá como um problema a mais para a sociedade burguesa. Pois ela, a loucura, é a própria fissura, o regaço na ordem burguesa, ultrapassando todos os ditames, todas as fronteiras estabelecidas por essa ordem. Dessa maneira, o grande internamento pode ser lido como exclusão do lado negativo, o dispositivo capaz de excluir tudo aquilo que se encontra como contradição aos desejos e sonhos burgueses:

Os muros da internação encerram de certo modo o lado negativo dessa cidade moral, com a qual a consciência burguesa começa a sonhar no século XVII: a cidade moral destinada aos que gostariam, de saída, de esquivar-se dela, cidade onde o direito impera apenas através de uma força contra a qual não cabe recurso – uma espécie de

²⁵ “[...] en la Francia de finales del siglo XVII y del XVIII, los dementes eran internados en los mismos establecimientos que la gente que mostraba una conducta socialmente inaceptable o irracional” (Rosen, 1974, p. 198).

²⁶ “La finalidad del internamiento en una institución correccional era mantener la autoridad paterna y el honor de la familia, proteger la religión católica, defender el poder real y preservar el orden y seguridad publicos” (Rosen, 1974, p. 198).

soberania do bem em que triunfa apenas a ameaça, e onde a virtude (tanto ela tem seu prêmio em si mesma) só tem por recompensa o fato de escapar ao castigo. À sombra da cidade burguesa nasce essa estranha república do bem imposta pela força a todos os suspeitos de pertencer ao mal. É o avesso do grande sonho e da grande preocupação da burguesia na época clássica: as leis e o Estado e as leis do coração finamente identificadas umas com as outras (Foucault, 2019, p. 75).

A sutileza e a sofisticação do argumento de Foucault nos conduzem ao contexto de uma análise histórica e filosófica sobre a tentativa de separação entre bem e mal, sobre quem deve fazer parte da cidade, sobre a quem a cidade é negada, mas também sobre quem pode sobreviver nela somente se for pelas margens. Os que não se encaixam em nenhuma dessas condições, seriam raptados pelas forças do Estado de modo a ficar enclausurados. Esse é o momento definitivo, “[...] em que a loucura passa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (Foucault, 2019, p. 78).

Nesse cenário, é fundamental destacar mais um elemento central: o papel dos asilos e do próprio nascimento da psiquiatria enquanto saber médico, que tem um papel fundamental na constituição da sociedade, dado que se tratava, como bem argumentou Joel Birman (1978), de um discurso sobre a moralidade. Um discurso que tentava conter os comportamentos, instalar uma moralidade que teria se perdido, se desviado na medida que a sociedade se degenerava. Se havia um conjunto de relações, de condições que levavam à degeneração da raça, à identificação de comportamentos que não eram alinhados, esperados ou idealizados, era preciso conter esses grupos: loucos, vagabundos, anormais, degenerados de toda sorte. Um dos meios para isso foram os asilos, as casas de trabalho, os internamentos, ou seja, todo o conjunto de instituições que estabeleceriam uma pedagogia, um tratamento moral. A esse conjunto de instituições anteriores ao nascimento do asilo, Foucault chamou, como vimos, de grande internamento.

Antes de avançarmos é preciso compreender como se desenvolve o asilo enquanto instituição psiquiátrica. Para isso, vejamos o que nos diz Foucault. É no capítulo *O nascimento do asilo*, da *História da loucura*, que Foucault vai tratar do tema. Logo no início do capítulo o filósofo francês utiliza-se de um recurso metodológico importante: coloca em paralelo duas peças do arquivo, as noções iniciais do Retiro Quacrer e o lendário, como também o mitológico, ato de Pinel em Bicetrê. Esse recurso seria utilizado também em *Vigiar e Punir*, embora no início do livro. A partir daí Foucault estabelece as linhas mestras do que na sua interpretação são matrizes do nascimento do Asilo, do duplo do nascimento do asilo. Todo esse capítulo será conduzido por esse paralelo.

Em determinado momento do texto, Foucault inicia remetendo o leitor à introdução do capítulo, novamente à cena mítica de libertação dos alienados das correntes, mais

especificamente ao caso de Couthon, ou seja, ao conflito entre o “filantropo sábio” (Pinel) e o “monstro paralítico” (Couthon). Foucault dirá que há uma espécie de confusão nesse relato da visita a Couthon e que ele não aparece na cena por acaso. Deveria ser ele, pois era ao mesmo tempo homem enfermo e cruel, o grande decapitador, aquele que carrega o duplo estigma de sua enfermidade e seus crimes, ele que seria a representação do que há de mais desumano e monstruoso. “E é por isso que era preciso, no mito, que fosse ele e não outro, menos enfermo e cruel [...]” (Foucault, 2019, p. 489), deveria ser Couthon para que a mitologia do nascimento do asilo fosse a representação mais fiel possível do triunfo da razão sobre a monstruosidade, sobre a anormalidade.

Nessa cena, observa Foucault, há uma tentativa de deslocar a animalidade e a violência da loucura para esse personagem, que seria a personificação da animalidade. Couthon representaria, então, a animalidade revolucionária, o encerramento da loucura em si mesma, embora fora do asilo, de igual modo com aqueles que ajudam a manter os loucos encerrados. O que resta no asilo seria, assim, uma loucura mais branda, uma animalidade dócil que, por sua vez, produziria efeitos externos.

Após esse esclarecimento sobre a relação entre Couthon e Pinel, Foucault irá mostrar que o que está em jogo para Pinel não é propriamente a cura da loucura. Para exemplificar isso, Foucault lança mão de dois exemplos: o do capitão inglês e o de Chevingé. A partir da descrição do modo como eles seriam conduzidos após a libertação por Pinel, será discutida a reintegração do louco a partir de funções sociais muito específicas, que só podem existir no interior do asilo. Foucault (2019, p. 491) arremata:

Vê-se assim como a força do mito pode prevalecer sobre toda verossimilhança psicológica e sobre toda observação rigorosamente médica; está claro que, se os indivíduos libertados eram realmente loucos, eles não foram curados com aquele ato, e que seus comportamentos devem ter mantido, durante muito tempo, traços da alienação.

Ora, Foucault nos alerta acerca do predomínio mítico sobre qualquer experiência médica ou até mesmo psicológica. Isso quer dizer que o estatuto da doença mental e da psiquiatria tem seu nascedouro muito longe da experiência médica propriamente dita. Mais ainda, não há o que se curar, e sim uma adaptação do comportamento alienado a uma espécie de função social no asilo. Vejamos as palavras do próprio Foucault (2019, p. 491):

[...] não é isso que importa para Pinel; para ele, o essencial é que a razão seja significada por tipos sociais cristalizados bem cedo, desde que o louco deixou de ser tratado como estranho, como animal, como figura absolutamente exterior ao homem

e às relações humanas. O que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado.

Depreende-se daí o fato de que há duas extremidades aí recompostas para fazer o elogio da razão: a primeira é a divisão entre asilo e sociedade, pois o primeiro seria o lugar do sonho racional, da harmonia, a cidade dos loucos como república sonhada. Por outro lado, o exterior do asilo seria a consagração de fato à loucura, pois violenta, cruel e prepotente. A sociedade tal como se apresentava era o avesso da cidade sonhada, ela representava o terror. O mito se alimenta disso. A outra oposição é justamente a de Couthon e Pinel. Para consagrar e consolidar a estrutura do mito, esses dois são transformados em exemplos de uma boa e uma má liberdade:

Couthon é o próprio símbolo da “má liberdade” que provocou paixões no povo e suscitou a tirania da Salvação Pública – liberdade em nome da qual os loucos são deixados acorrentados; Pinel é o símbolo da “boa liberdade”, aquela que, libertando os mais violentos, doma suas paixões e os introduz no mundo calmo das virtudes tradicionais (Foucault, 2019, p. 492).

Na leitura de Foucault o asilo psiquiátrico nascia no interior desse processo mítico, como uma espécie de sobreposição natural da razão sobre a desrazão, ou melhor, uma sobreposição natural da razão sobre os seus desvios. Destacando outros aspectos do processo de psiquiatrização social, Robert Castel, logo no início de seu livro *A ordem psiquiátrica*, após fazer a problematização da relação conflituosa entre o estado, a justiça e a família acerca de quem teria a predominância para as decisões sobre o louco, argumenta como começa a se encaixar nesse processo a figura do médico, ou melhor, a figura daquele que enquadrava esses espaços aos processos de medicalização. Diante disso e dos conflitos existentes, Castel (1978) mostra que seria comum supormos que esse quarto poder se tornaria predominante.

Não foi bem assim. Como não estamos olhando o processo a partir do olhar médico, é preciso entender os processos que circundam e penetram essa relação. O que se está discutindo, segundo Castel (1978), são as práticas, ou melhor, a falta de mecanismos de legitimação das práticas de internamento. Não se trata, portanto, de “[...] suprimir o conjunto das práticas repressivas cobertas pelo poder real com sua legitimidade, mas de contornar a suspeita de arbítrio que, a partir daí, recai sobre as formas empregadas” (Castel, 1978, p. 32).

As tentativas reais de suprimir as *lettres de cachet*²⁷ não eram realmente tentativas de libertar ou tornar as coisas mais democráticas, nem tão pouco de libertar aqueles que foram

²⁷ Deve-se observar que essa relação entre a família e o encerramento já é documentada há um bom tempo. No campo discursivo da história da loucura, essa relação já aparece no clássico escrito por Foucault. Em *História da loucura* o autor francês mostra que as demandas de internamento eram realizadas fundamentalmente pelas famílias

colocados por força do poder soberano em alguma instituição que compunha o grande internamento. Afinal, a partir da lei que liberaria essas pessoas, não se libertou, mais que quatro ou cinco pessoas (Castel, 1978). Daí a importância e o impacto do combate à loucura travado naquele momento. Seria a partir dela que, se situando no centro das inúmeras contradições sociais, “[...] por intermédio de sua medicalização, que se inventou um novo estatuto de tutela” (Castel, 1978, p. 34), que uma nova forma de contrato surgiria.

Trata-se de um contrato com toda a pompa dos mais célebres contratualistas, mas também com toda a sua carga ficcional. Está presente a ideia de que há, a partir desse contrato, uma liberdade individual, a noção de que o indivíduo é ao mesmo tempo soberano de si mesmo e capaz de ajudar o Estado. “Assim, um perfeito cidadão jamais encontrará a autoridade do estado sob sua forma repressiva. Assumindo seus deveres, ele desenvolve sua própria soberania e reforça a do Estado” (Castel, 1978, p. 35).

Castel alerta para não cairmos nesse conto, pois, o que está em jogo é todo um processo de racionalização e disciplinarização da sociedade como um todo. Não se trata simplesmente de desenvolver dispositivos e tecnologias para esquadrihar o louco. E sim, a partir desses mecanismos de esquadramento da loucura, operar também sobre a sociedade. Não se quer, pois, defender a liberdade individual, nem econômica, nem jurídica do cidadão. Ao que parece deseja-se muito mais a produção de uma nova população, de um novo regime de controle e organização das pessoas. Ou seja, trata-se da consolidação da função de conservação para todo o sistema que vai se constituindo e não de uma ordem “[...] do direito no seio do qual as consciências soberanas fazem a experiência de sua intercambialidade. Ela é a matriz jurídica através da qual se exerce a violência do estado e se impor a exploração econômica” (Castel, 1978, p. 36).

Por força desse inconsciente histórico, das determinações e sobredeterminações, a sociedade ocidental encontra-se sob o regime deste contrato, e todos são submetidos aos seus ditames, inclusive os grupos subalternos. Mas, e o louco, como fica o louco nessa questão? Sobre isso, Castel destaca que “A verdadeira especificidade do louco é a de resistir a essa redução, a tal ponto que, para inscrevê-lo na nova ordem social, será preciso impor-lhe um estatuto diferente e complementar àquele contratual, que rege a totalidade dos cidadãos” (Castel, 1978, p. 36).

e que eram deferidas (ou não) pelas *Lettres de cachet*, isto é, pela ordem do rei. Mais tarde, Robert Castel mostra mais detalhadamente que as *Lettres de cachet* em determinado momento se configurou para os jus filósofos franceses um problema, pois, em tese seria um empecilho ao desenvolvimento de uma nova e mais democrática ordem.

É justamente sobre esse novo estatuto que Joel Birman se dedica em *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Segundo o autor, na constituição da psiquiatria como discurso médico que detém poder sobre o comportamento moral dos corpos, a principal função é determinar as formas de conter os comportamentos anormais e desviantes. Para tanto, uma das principais funções da psiquiatria seria estabelecer as linhas gerais para uma higiene moral. Nesse sentido, partia-se de duas premissas básicas: o isolamento e a periculosidade social. Segundo Birman

A higiene moral era encarada como sendo aquilo que, através do isolamento, afastasse o alienado mental do conjunto de situações que podem ser um obstáculo para sua recuperação. Separá-lo do seu ambiente habitual, seja físico e social, corresponderia a afastá-lo das causas de sua moléstia aí presentes, assim como de todas as outras forças deste meio que poderiam se opor ao seu futuro restabelecimento (Birman, 1978, p. 259).

Assim, esse é, necessariamente, um aspecto fundamental, pois, se trata de uma forma de medicina mental se estabelecer e organizar a sociedade, passando a ter cada vez mais uma função de validade na vida cotidiana. Birman observa que o próprio isolamento tem uma dupla função, que é, num primeiro momento negativa, de repressão e uma segunda perspectiva que produz efeitos pedagógicos na população, que permitiria, ainda, ao dito doente ter as condições de afastamento para ter a cura efetivada. É nesse sentido que o discurso psiquiátrico como que tenta produzir uma nova moralidade a partir do interior das relações familiares. “A medicina mental se tornou um projeto de intervenção pedagógica, na medida em que suas noções se pretendiam um fio condutor para avaliar a boa e a má educação” (Birman, 1978, p. 279). Essa inscrição no cotidiano familiar se estabeleceu, portanto, como um elemento de regulação. “O discurso psiquiátrico pretendeu criar uma nova moral que deveria regular as relações familiares, prescrevendo e forjando novas formas de encarar os sentimentos amorosos” (Birman, 1978, p. 279), porque era preciso educar o espírito e controlar os excessos.

Outro aspecto fundamental do discurso psiquiátrico em desenvolvimento no século XIX é a noção de proteção social. Para isso, dois grupos eram identificados como sendo aqueles que precisam de mais atenção da psiquiatria e da sociedade: os alienados vagabundos e os alienados delinquentes. Quanto ao primeiro grupo, a primeira observação feita por Birman (1978) refere-se a um corte de classe, isto é, tratava-se de pessoas em situação de pobreza que deveriam ser internadas para que seu comportamento pudesse ser restaurado. O segundo grupo, dos alienados criminosos, tinha uma característica específica: eles não eram só criminosos, eram alienados. Sendo assim, o asilo não deveria ser uma prisão, embora os alienados vivessem em situação de

aprisionamento. A justificativa dita psicopatológica era simplesmente a segurança da população, sua defesa contra a desordem e o caos às quais a moralidade estava submetida.

A partir desse medo, outros grupos também entraram na mira do poder psiquiátrico, em especial os indigentes que, segundo a percepção do período, tinham grandes chances de se tornarem criminosos. Por isso também se combatia a indigência, mais um grupo pertencente aos pobres. “Seria do mundo da indigência, constituído desde a infância de modo moralmente inferior, que se originaria em escala social a matéria-prima da patologia social, seja esta a alienação ou a delinquência” (Birman, 1978, p. 235). Sobre essa questão de classe Birman observa que não consiste em dizer que a psiquiatria é um discurso sobre a moralidade das pessoas pobres, embora esse aspecto seja fundamentalmente importante para a própria consolidação da psiquiatria enquanto discurso que regula a sociedade.

Não estou com isto absolutamente afirmando que para a percepção psiquiátrica da época a alienação mental era proveniente unicamente das “classes pobres”, principalmente do mundo da indigência. O que afirmo é que, em escala social, avaliando o conjunto do problema por métodos estatísticos, numa distribuição de frequência da alienação mental, esta se concentrava nas camadas mais pobres e indigentes. Mas, além da racionalidade quantitativa e estatística, o mundo da indigência e da alienação se cruzavam de forma a se identificarem no espaço do saber psiquiátrico, pois ambos emergiam da mesma problemática moral: instintos não educados, que os fixavam no único registro da Natureza, tornando-os seres em que os afetos ao invés de serem uma força da coesão social, tornava-se uma força da desintegração (Birman, 1978, p. 325-326).

Observa-se que é nesse contexto que surgirão as principais escolas de psiquiatria do mundo, que percebendo que o asilo em si mesmo precisaria ser repensado e que seria possível estabelecer reformas que se tornariam as bases do avanço da psiquiatria sobre a sociedade como um todo.

1.3 As reformas psiquiátricas

Conta Foucault (2014) que o combate explícito à loucura começou efetivamente a partir do momento em que ela se transformou em doença mental e passou a habitar o espaço asilar. Nesse contexto, inicia o processo de psiquiatrização e de institucionalização do combate ao louco. Tal movimento teria seu apogeu na transição do século XIX para o século XX, com a vinculação mais sistemática entre a psiquiatria e o saber médico. As escolas germânica e inglesa acabaram por se tornar os sustentáculos para as práticas psiquiátricas, que, vinculadas a um processo de higiene mental, colonizaram as formas de lidar com o sofrimento mental em

praticamente toda a metade do século XX. Esse modelo foi ainda centralizado no asilo e na segunda metade do século XX começaram a surgir e a se desenvolver a partir de formas mais diversificadas de como lidar com o louco e da loucura.

A questão colocada aqui, faz menção direta a uma provocação de Castel. Ele afirma tal questão, nós, colocamos aqui em formato de pergunta: “Zeus transformado em bovino que continua sendo Zeus [?]” (Castel, 1978, p. 13). Sendo mais explícito: seriam as reformas psiquiátricas, em seus variados modelos, processos de metamorfose do manicômio, que no final das contas seria apenas uma eufemização do espaço manicomial? “As mesmas funções podem realizar-se através de práticas totalmente renovadas, monopólios do mesmo tipo podem perpetuar-se, interesses idênticos podem introduzir-se” (Castel, 1978, p. 14). Uma das mais explícitas mudanças nos termos, mas não na fundação manicomial, talvez seja as chamadas comunidades terapêuticas. Nesse modelo atual, subverte-se inclusive as mais tímidas experiências de comunidade que surgiram no mundo, colocando no centro uma posição fortemente manicomial.

1.3.1 A psiquiatria de setor francesa

Segundo Desviat (2015), uma vertente surgida a partir da década de 1940 a partir de uma relação entre psicanálise de instituição psiquiátricas, a psiquiatria de setor consiste basicamente em tornar o manicômio um hospital, que não seja mais o único dispositivo, mas, sim mais um numa rede de outras instituições que seriam capazes prevenir, curar e monitorar as pessoas que seriam liberadas do tratamento psiquiátrico. Essa política se tornará oficial em 1960 (Castel, 1987). Grosso modo, essas são as bases para aquilo que se configurou na psiquiatria de setor francesa. Todavia, há mudanças importantes em relação à psicoterapia, em especial porque não é mais centralizada no asilo. Explica esse aspecto o fato de o asilo ser uma instituição doente, não bastaria que toda ela passasse por análise, mas era necessário que o tratamento fosse descentralizado. Conforme destaca Andréa Valente Heindrich, em sua tese, *Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização* “As cidades francesas foram divididas em áreas geográficas, e cada uma delas passou a ter uma equipe técnica responsável pelo atendimento psiquiátrico da população” (Heindrich, 2007, p. 41). Deve-se levar em consideração que essa concepção está profundamente ligada ao contexto do pós-guerra e a todos os seus malogros e é inspirada em psiquiatras progressistas, encabeçados por Bonaffé, que pediram a transformação dos asilos (Amarante, 1995). Com essa nova forma de olhar para o “tratamento”, o asilo deveria ser apenas um dos espaços da “cura”,

e não o local, o espaço único e exclusivo, *sui generis* para o tratamento. Segundo esse autor a ideia era a de se tratar os pacientes não somente dentro da instituição, era preciso se pensar no que ocorreria depois do pretense tratamento. Em tese, o hospício passaria a ser um instrumento terapêutico complementar.

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que têm função de assegurar o tratamento, a prevenção e a ‘pós-cura’ das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois da internação psiquiátrica (Amarante, 1995, p. 35).

Como se pode ver essa setorização vai além de uma simples territorialização, pois possibilitou mudanças estruturais e conceituais que marcaram a psiquiatria. Entre essas modificações podemos destacar a postura voltada não mais a doença mental, mas à sua prevenção, que “[...] significou também a reorganização da atenção psiquiátrica no país [...] assim como a implantação de assistência extra hospitalar descentralizada em zonas pequenas e uma multiplicidade de serviços” (Santos, 2015, p. 69). Trata-se, pois, de se pensar na promoção da saúde, e não apenas de um suposto tratamento da pessoa considerada doente.

Além desses aspectos que apontam para as intencionalidades da psiquiatria de setor, muitos problemas também marcaram essa proposta de reforma, entre os quais se destacam as condições de financiamento do Estado, que desemboca nas más condições das instituições, ou ainda

[...] pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam [a psiquiatria de setor] como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja ou ainda pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas [...] (Amarante, 1995, p. 35).

Como argumenta Castel (1987) se uma das previsões do setor foi reduzir o número de hospital psiquiátricos, tornando-os cada vez mais instituições esporádicas, a realidade mostrou que, com a abertura de leitos, o hospital psiquiátrico não foi subordinado e na década de 1980, havia mais lugares nessas instituições do que na década de 1970. Mais do que isso, também se viu uma renovação da concentração do poder nos psiquiatras e nos enfermeiros, esse em maior número. De uma perspectiva que se queria social, poucos eram os agentes que tinham condições de compreender as questões sociais e interferir no setor. Além disso, continua Castel (1987)

muitos sindicatos defendiam a existência das instituições asilares, descentralizadas ou não, para manter as pessoas trabalhando em um lugar com o qual estão familiarizadas.

Extrapolando essa percepção, por assim dizer, mais operacional, o argumento de Franco Rotelli (1994) indica outras possibilidades. Segundo ele, o que ocasionou a não efetivação da concepção francesa de setor foi justamente seu caráter pouco transformador. Essa experiência não deu, efetivamente, certo “[...] porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico aos serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria” (Rotelli, 1994, p. 150). Mais do que isso, destaca que se priorizou, a partir das “práticas psicanalíticas” o tratamento dos ‘normais’, com isso afastando-se notadamente das “situações da loucura” (Rotelli, 1994, p. 150). Sobre essa questão ampliaremos o debate no último item deste capítulo.

1.3.2 A antipsiquiatria inglesa e a experiência de Basaglia

Outro importante movimento no que diz respeito à noção de reforma é o modelo de comunidade terapêutica. Tendo como nascedouro a mesma década de 1940, ela até pode ser pensada como uma tentativa de repensar estritamente a forma de organização asilar, todavia, quando se parte para condições específicas, percebemos as diferenças. Em termos esquemáticos pode-se dizer que as comunidades surgem com a intenção de resgatar os homens estragados pelo asilo, para trazê-los novamente para a sociedade, pois os hospícios passaram a ser considerados como os destruidores dos homens (Birmam, Costa, 1994). A comunidade surge a partir das experiências de Bion e Rickman com soldados doentes em Northfield (Amarante, 1995; Desviat, 2015). Sua consolidação, contudo, se deu em 1959. São princípios que norteiam as práticas comunitárias: “democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade” (Desviat, 2015, p. 40).

Pensando acerca do que seriam de fato as práticas mais representativas desse modelo, torna possível entender que as questões são mais complexas. No que tange às relações de poder o modelo inglês se notabiliza e se caracteriza pela irrisória intervenção médica, inclusive na sua constituição e organização espacial. A principal característica desse modelo de comunidade na Inglaterra é a forma descentralizada que as relações acontecem. Trata-se de uma forma que não se vincula ao espaço asilar, mas a um lugar no qual as pessoas pudessem entrar e sair, um espaço no qual as sombras ou os ranços da psiquiatria clássica não se fizessem presentes. Cooper assim justifica o processo de constituição da comunidade: “Minha experiência de enfermarias psiquiátricas convencionais foi a que elas eram lugares em que grassavam a alienação, o

estranhamento e a violência sutil” (Cooper, 1989, p. 109). O princípio condutor da comunidade inglesa era, portanto, o deslocamento de uma prática abusiva, alienante e violenta, para uma prática libertária e dialógica. Embora Cooper indicasse que não se afastava radicalmente de concepções terapêuticas estruturantes, a mudança ocorria justamente na forma como se organizava a comunidade.

Entre os aspectos mais relevantes, como a pesquisa mais aguçada, o desenvolvimento de um espaço mais comunicativo, Cooper fala de como deveria ser esse espaço comunitário:

[...] havia a necessidade de um protótipo viável de pequena unidade autônoma, capaz de funcionar numa casa grande na comunidade, fora do contexto psiquiátrico institucional. Era a crença [...] que tais unidades pequenas podiam formar o meio terapêutico ótimo para a espécie de pacientes que tínhamos em vista, uma vez que permitiriam um grau maior de liberdade de movimentos, fora dos papéis altamente artificiais de funcionários e paciente, impostos pela psiquiatria convencional (Cooper, 1989, p. 111).

Além desses aspectos estruturantes, cuja primeira impressão aponta para a superação da psiquiatria convencional, como também para uma nova concepção de se pensar a loucura, o modelo inglês assenta-se em lugar de acolhida mais humanizada, para usar uma linguagem mais conhecida nas redes de atendimento. Um lugar onde subjetivações não seriam forjadas hierarquicamente. Não bastaria entender o louco por meio de pressuposições *a priori*. Cooper queria entender o que os funcionários entendiam sobre seus colegas, sobre os pacientes e em certa medida sobre si mesmos. Problematizando esses conceitos, concepções e convicções, diz ele: “Denominarei coletivamente de *irracionalidade institucional* as defesas do quadro de funcionários, na medida em que são mobilizadas contra perigos ilusórios, mais do que reais” (Cooper, 1989, p. 115, *grifos do autor*).

Isso implica em dizer que na proposta de Cooper era fundamental mudar não somente a forma de pensar, mas de agir com os pacientes. Além disso, as discussões nas reuniões realizadas periodicamente, envolvendo os funcionários e os pacientes, ajudavam a problematizar esses aspectos. Fato é que, era preciso rever as formas de controle aplicadas aos pacientes e lhes proporcionar mais autonomia, mais liberdade, de modo que não houvesse uma nova forma de institucionalização. Nesse sentido, deve-se destacar a preocupação de Cooper (1989, p. 110) sobre seu projeto:

Estava, no entanto, muito consciente da possibilidade de a unidade se tornar, em certa medida, um bode expiatório em que “maldade” no hospital seria projetada, com conflito administrativo consequente, ao invés de se converter num mecanismo de desbastamento para a instituição mais ampla.

Essa posição mostra a consciência de Cooper quanto aos problemas que a comunidade poderia enfrentar, e paralelamente representa a necessidade de se tentar fazer algo mais radical. Deve-se ainda explicitar que o modelo inglês é uma ruptura quanto aos saberes e práticas psiquiátricas, de tal modo que não foi proposta nem sequer no interior do asilo. Ao contrário do que ocorreu, posteriormente, com a experiência italiana orientada por Franco Basaglia, que foi a tentativa de transformar o asilo em comunidade terapêutica, como um meio para a futura superação do asilo, consonante com a superação da sociedade capitalista.

A concepção de Comunidade Terapêutica²⁸ italiana surge em meio aos problemas sociais e a efervescência das propostas de reformas psiquiátricas no mundo e em meio a alguns de seus fracassos na segunda metade do século XX, com Basaglia. Inspirada na Comunidade inglesa organizada por Cooper, e mesmo não negando a sua importância, era entendida apenas como um meio de transição. Portanto, conforme Basaglia, mesmo se os princípios fossem voltados para o respeito às práticas democráticas, o seguinte fator deveria ser lembrado: mesmo existindo essa aura democrática na comunidade terapêutica, as condições institucionais externas impunham uma organização coordenada pelo poder médico, já que este responde pela instituição perante o Estado e a sociedade.

Conduzida pelo conhecimento de outras experiências no mundo, sua reflexão sobre as comunidades foi sempre contumaz. “As perplexidades nascem no momento em que também a CT [comunidade terapêutica] se revela uma organização que deve manter-se viva e impor, de alguma forma, as suas regras” (Basaglia, Ongaro et al, 1994, p. 14). A implicação das regras e das condutas e até mesmo as suas formas de controle acabam por revigorar a condição de autoridade que é configurada fundamentalmente pelo poder-saber psiquiátrico institucionalizado. Ainda sobre as regras cumpre observar:

É este o momento mais ambíguo e perigoso porque – qualquer que seja o grau de maturidade da comunidade - deverá ser sempre da competência da “inteligência médica” estabelecer, através do retorno da “autoridade latente”, a retirada dos interesses organizativos, mesmo justificados pela ameaça de uma possível desorganização da comunidade (Basaglia, Ongaro, et al, 1994, p. 14).

²⁸ Deve-se observar que as comunidades terapêuticas italianas não têm qualquer relação com as instituições que atualmente levam o mesmo nome no cenário brasileiro. Especialmente depois do fortalecimento dos nichos neopentecostais, essas comunidades terapêuticas passaram por um processo de manicomialização ainda mais sistemático. Em matéria recente do Site *The Intercept Brasil*, pode-se observar inclusive casos de pessoas internadas que foram mortas nessas instituições. Ver a importante matéria de Clarissa Levy, em <https://www.intercept.com.br/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/>.

A referência a Basaglia nesse cenário justifica-se, entre outras coisas, pela potência negativa acerca da instituição manicomial e pela potência criativa em afirmar a complexidade da existência humana. A partir da experiência de Gorizia, ocorrida de 1961 a 1968, sua iniciativa abriu-se não só para a Itália, mas para o mundo.

Conforme Rotelli e Amarante (1992, p. 45) nesse momento “[...] vai sendo constituído um pensamento crítico sobre a instituição psiquiátrica, sua necessidade de reforma e posteriormente sua superação [...]”. A proposta italiana é a primeira que efetivamente faz uma crítica mais severa ao saber-poder psiquiátrico. Seu sucesso não se dá somente em função de elucubrações ou devaneios teóricos, mas de práticas e métodos utilizados no dia a dia. De uma mera representação estática do mundo conformado à psiquiatria tradicional com o manicômio, o saber psiquiátrico passa a ser uma espécie de devir, de movimento, pois, Basaglia “[...] transformou o hospital, num primeiro momento, em uma comunidade terapêutica. Posteriormente, consciente das limitações propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição, o manicômio” (Desviat, 2015, p.47-48).

A posição de Basaglia representa sua forma de ver o mundo e, particularmente, o manicômio. Não há nele o romantismo nem o racionalismo dos psiquiatras tradicionais, muito menos a percepção de que o manicômio é o melhor lugar para o tratamento do indivíduo louco. Como ele diz em seu texto *As instituições da violência*, o manicômio, juntamente com a família, a escola, a fábrica, são representantes dessas instituições que exercem violência técnica. “Dentro desta dimensão as posições ainda são claras e precisas: a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na ameaça e na vingança; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental” (Basaglia, 1985, p. 101).

Os processos terapêuticos nessas instituições omitem os passos, os processos. Elas são o resultado de uma construção histórica e cultural cujo elemento basilar é o desenvolvimento da política econômica do “bem-estar”. Expondo os elementos da violência técnica, é possível problematizar, não só o manicômio, mas a sociedade que o cria.

Entretanto a sociedade chamada “do bem-estar”, “da abundância”, descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela. Por isso encontrou um novo sistema: o de estender a concessão do poder aos técnicos, que o exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência – a violência técnica – novos rejeitados (Basaglia, 1985, p. 101-102).

Não há outra forma de tentar explicar o argumento de Basaglia senão por meio de um filosofar histórico, pois, seu argumento supera a pretensão racional, para problematizar como

se fazem essas construções conceituais, quais condições epistemológicas as arregimentaram. A base para entender seus argumentos e sua prática nos manicômios é entender que Basaglia não cai em certas armadilhas racionalistas, às quais destacam somente a perspectiva positiva, produtiva da razão. Ao contrário, compreende os manicômios enquanto instituições racionais capazes de transformar as diferenças, despersonalizar pessoas e sujeitá-las. Não estamos apenas face a uma crítica ao manicômio, mas a uma crítica social e cultural, bem como a uma determinada forma de racionalidade.

Esse processo desemboca anos mais tarde em Trieste, cidade que se encontra no nordeste da Itália. Ela representa um passo importante no processo de desinstitucionalização, isto é, de uma proposta psiquiátrica que não fosse mais vinculada somente ao manicômio. Após alguns anos nos Estados Unidos, Basaglia faz em Trieste, a partir de 1971, a superação do seu projeto de Gorizia, com a implantação de um olhar totalmente diferente sobre a loucura. Descrevendo quais os objetivos da reforma nesta cidade Rotelli e Amarante (1992, p. 44) argumentam: “[...] o trabalho em Trieste não propugnava a suspensão dos cuidados aos que necessitavam, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender, de lidar e tratar a loucura”. O simples fato de se abrir possibilidades para se pensar a loucura pressupõe um avanço, porque não dizer, uma ruptura. Nesse sentido é preciso esclarecer que a crítica do italiano é, enquanto crítica social e cultural, também uma crítica ao poder repassado ao hospício e ao saber psiquiátrico pela sociedade. Portanto,

[...] a “negação da instituição” não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (Rotelli, Amarante, 1992, p. 44).

A ideia de normalidade é entendida como uma construção social, não natural, mas naturalizada. Sendo assim, é muito mais uma forma de pensar e repensar todas as estruturas sociais e culturais justificadas por meio do suposto progresso científico, pelo ideal de racionalização. Nessa esteira, a práxis basagliana insere uma nova forma de pensar a psiquiatria, mesmo sendo preciso estabelecer caminhos para desconstruí-la, decompô-la. De modo geral, é por esses e outros motivos que esse italiano em certa medida faz parte das propostas de desinstitucionalização da loucura, da psiquiatria e do saber médico.

A crítica do psiquiatra italiano é, juntamente com a experiência inglesa da Vila 21, um dos marcos epistemológicos do movimento conhecido como antipsiquiatria. Essas experiências marcaram significativamente uma revisão e um questionamento ao saber sobre a loucura não

só nos seus respectivos países, mas em termos mundiais. O argumento de Cooper, em seu livro *Psiquiatria e antipsiquiatria* explicita a dimensão desse projeto: “Não é possível prosseguir [...] sem desafiar a classificação da psiquiatria clínica básica dos homens em “psicóticos”, “neuróticos” e “normais” (Cooper, 1989, p. 32). Além de desafiar o saber médico tradicional, algo que já parecia um problema para os conservadores, a antipsiquiatria inglesa foi mais longe, no que diz respeito ao diagnóstico. Esse movimento desarticula a psiquiatria tradicional e mostra como a família é quem pode provocar determinadas ações ou reações consideradas como distúrbios. As muitas críticas ao movimento não foram em vão, pois seu levante contra uma das mais antigas e opressoras instituições do mundo, fora relativamente intenso.

Cooper dirá que a sociedade é constituída de caixas as quais aprendemos paulatinamente a nos adaptar, caixas nas quais somos plasmados. Essas caixas são formadas por valores geralmente absolutos e ascéticos, que compõem determinada noção de moralidade²⁹ (não seria essa uma forma de propor, tal como Nietzsche, uma transvaloração de todos os valores?³⁰). Uma dessas caixas é a família, ela é também responsável pela construção do louco, do esquizofrênico. “Na família da pessoa destinada à designação de esquizofrênico, descobrimos uma espécie peculiar de extremismo. Mesmo as questões aparentemente mais triviais são dispostas em torno das polaridades sanidade mental/loucura, vida/morte” (Cooper, 1989, p. 37). Essa condição segundo a qual a família, ao disseminar valores sociais constituídos, além de formar o caráter pode também construir a loucura, é uma insurgência no mínimo corajosa. A grande questão, contudo, é que não se trata de conjectura:

As leis do grupo familiar, que não regulam apenas o comportamento, mas também a experiência permissível, são, ao mesmo tempo confusas e inflexíveis. Em semelhante família, uma criança deve aprender um modo de relacionamento, por exemplo, com sua mãe, do qual, segundo lhe ensinam, dependa a própria integridade mental e física desta. Ensinam a criança que, se violar as regras, e o ato autônomo aparentemente mais inócuo pode constituir tal violação, como causará tanto a dissolução do grupo familiar, como a desintegração pessoal de sua mãe e, possivelmente, dos demais (Cooper, 1989, p. 37-38).

²⁹ Diz Cooper (1989, p. 35) “Desde o ventre de que nascemos à caixa da família, da qual progredimos para dentro da caixa escola. Quando saímos da escola, já nos tornamos tão condicionados a viver numa caixa, que, daí em diante, erigimos nossa própria caixa, uma prisão, um receptáculo em nossa volta... até que, finalmente com alívio, somos introduzidos no caixão ou no forno crematório”

³⁰ Deve-se observar que esse conceito atravessa praticamente toda a obra nietzschiana, mesmo indiretamente, por meio da crítica aos valores ocidentais, sendo um dos conceitos basilares de sua filosofia. Objetivamente, transvalorar os valores aparece em *O Anticristo*, obra na qual Nietzsche faz uma profunda reflexão sobre como o cristianismo teria transformado a sociedade ocidental em uma sociedade gregária, decadente. Para a superação desse tipo de sociedade, de homem, seria preciso, diz ele no prólogo, de: “Novos ouvidos para uma nova música. Novos olhos para o mais distante. Uma nova consciência, verdades que até agora permanecem mudas” (Nietzsche, 2016, p. 9). De modo geral, trata-se de uma provocação segundo a qual seria preciso, para a humanidade, superar, transvalorar os valores ocidentais, baseados no socratismo e no cristianismo, e assim produzir novos valores para deixarmos de ser decadentes. Para uma imersão nessa noção, conferir Marton (2006).

A loucura, portanto, conforme sublinha Cooper, pode ser representada por um mero ato de autonomia. Qualquer ato que remeta a alguma possibilidade de desvio das regras constituídas no grupo familiar e suas adjacências. Ora, mas não seria isso um ato de repressão? Não seria a etiqueta “loucura” uma repressão sobre pequenos atos de liberdade? Essa possibilidade não parece totalmente descartável, a leitura feita pela antipsiquiatria, em algum nível, sugere uma revisão nessa história. Em outras palavras, a percepção da loucura, pelo menos do ponto de vista do senso comum, nada mais é do que representações de ações contrárias àquelas que determinada conjuntura social instituiu como sendo as regras e as normas de conduta. Essas formas hegemônicas de saber e de poder que circunscrevem a cultura objetivam os indivíduos, os colocando, sempre que agirem fora do padrão de comportamento estabelecido como corretos ou normais, no lugar de loucos. Corrobora nosso argumento a seguinte passagem de Cooper (1989, p. 47):

[...] a loucura não se encontra “numa” pessoa, porém num sistema de relacionamentos em que o “paciente”, rotulado participa: a esquizofrenia, se é que significa alguma coisa, constitui um modo mais ou menos característico do comportamento grupal perturbado. Não existem esquizofrênicos.

Desse modo, esse movimento se notabilizou por não se fixar apenas nos saberes médicos, mas por levar em conta as questões sociológicas e existenciais. Por isso, acabou por contribuir direta ou indiretamente com outros pensadores e movimentos. Desviat (2015, p. 47) comenta que esses movimentos de contestação converteram a antipsiquiatria “[...] rapidamente em um movimento contracultural que questionou a própria doença mental e a psiquiatria”. Para uma reforma efetiva da psiquiatria não se deveria, primeiramente, problematizá-la, para além do saber-poder psiquiátrico? A antipsiquiatria faz isso.

1.3.3 O caso estadunidense

Um dos casos de organização psiquiátrica mais intrigante, por ser vanguarda em sua capacidade de avançar para a sociedade, ocorreu nos Estados Unidos. Toda estruturação social, política e científica no território estadunidense fez com que Castel argumentasse que, em determinado momento, essa sociedade se transformasse em uma das primeiras no mundo que organizou um processo de psiquiatrização avançada da sociedade. Não se trata pura e simplesmente de estabelecer uma rede de instituições asilares, mas, do modo como operar para

capturar os espaços sociais. Especialmente na primeira metade do século XX a psiquiatria tem um papel definidor nos Estados Unidos, pois, se trata de um ambiente cuja premissa é a produtividade e a técnica. Trata-se de um novo sistema de valores que enquadram boa parte dos grupos, exceto os que estão bem abaixo do que se espera a sociedade estadunidense. Segundo Castel, Castel e Lovell (1980, p. 57)

Para os que mostram uma radical heterogeneidade em relação ao que deles se espera, existem esses baixos fundos sociais que são os guetos da miséria e da delinquência, as cadeias, as *almshouses*, os manicômios – com a variante preventiva da esterilização. Solução dura administrada por meio de tecnologias grosseiras que afetam temporária ou definitivamente os sujeitos que estão em aberta ruptura com o sistema de novos valores³¹.

Os autores argumentam que no interior dessas relações, diante da multiplicidade social do período, as *funções psi* passam a ter um novo papel de inventar novas e mais ágeis formas de atuar sobre o conjunto de instituições e de grupos que não se adaptam a essa nova forma de racionalidade social que não visa só quem está doente ou com sofrimento mental. Entre os grupos que serão atravessados pelas novas formas das *funções psi* estão: “[...] o operário que não consegue ser unicamente rentável, a criança cuja socialização se apresenta imperfeita, o adulto cuja dificuldade para viver denuncia uma falta de eficácia social, etc.”³² (Castel, Castel, Lovell, 1980, p. 57).

Nesse caso, não só a psiquiatria, mas também a psicanálise é utilizada para levar a cabo esse novo projeto de intervenção, que está ligado ao comportamento de pessoas internadas, mas, principalmente com foco em atingir as pessoas que não estão nesses espaços. Para que essas novas tecnologias do comportamento pudessem agir mais rapidamente, os especialistas deveriam ir ao encontro dos potenciais desviantes. Diante dessa demanda, eles passaram a se deslocar para escolas, para as famílias, para as fábricas, enfim, todos os lugares nos quais as possibilidades de desordem pudessem existir (Castel, Castel, Lovell, 1980).

Segundo Castel, Castel e Lovell (1980) esse processo já existia antes da segunda Guerra Mundial, especialmente com o combate aos usuários de drogas e a consequente expansão dessas políticas para outros setores da sociedade, tendo como base não só os usuários, mas também a

³¹ “Para los que muestran una radical heterogeneidad en relación a lo que de ellos se requiere, existen esos bajos fondos Sociales que son los ghettos de la miséria y de la delincuencia, las cárceles, las *almshouses*, los manicômios – con la variante preventiva de la esterilización. Solución dura administrada por medio de tecnologías burdas que afectan, temporal o definitivamente a los sujetos que están en abierta ruptura con el sistema de nuevos valores” (Castel, Castel e Lovell, 1980, p. 57).

³² “[...] el obrero que no consigue ser unicamente rentable, el niño cuya socialización se presenta imperfecta, el adulto cuya dificultad para vivir traiciona una falta de eficacia social, etc.” (Castel, Castel, Lovell, 1980, p. 57).

criminalidade, a delinquência e a imigração. Com a guerra há uma pausa nos trabalhos, embora já seja deixado uma estrutura já organizada, que teria como papel inicial os atendimentos dos soldados que vinham do campo de batalha, dado que boa parte deles deixavam a guerra em função dos sofrimentos mentais intrínsecos a esse tipo de conflito. Todavia, há uma certa novidade quanto a guerra e a psiquiatria. “A guerra faz tomar consciência da amplitude do problema psiquiátrico, mas também do fato de que novas formas de intervenção, decididas e postas em prática sobre o terreno, podem ser mais eficazes que longos tratamentos institucionais”³³ (Castel, Castel, Lovell, 1980, p. 64).

A psiquiatria nos Estados Unidos também esteve ligada, como outros campos do saber, à questão da raça e o conseqüente estado de empobrecimento e miséria desses grupos. A razão era que os brancos estadunidenses viam na população negra, que estava em guetos desde pelo menos o êxodo das terras agricultáveis do Sul, que passaram por processo de modernização, um perigo eminente. Esses passariam a ser alvo das medidas psiquiátricas e carcerárias consolidadas na década de 1970³⁴.

Nas mesmas proximidades temporais, ocorrem também as reformas do modelo que ficou conhecido como preventivo. Vinculada ao avanço das ideias do governo Kennedy, em particular com a lei que ganhou seu nome, toma contornos mais amplos. A psiquiatria preventiva preconiza não apenas tratar o indivíduo, mas a comunidade, em Centros de Saúde Mental Comunitária. Pretendendo ser a terceira revolução psiquiátrica, os ideais de Gerald Caplan foram facilmente se difundindo em solo estadunidense, pois havia a presunção de resolver todos os problemas nacionais, uma espécie de evangelho psiquiátrico³⁵. “O preventismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da psiquiatria americana, mas para os próprios problemas americanos” (Amarante, 1995, p. 37). Esse espectro salvacionista da psiquiatria estadunidense instala-se em uma premissa de controle, ou melhor, de certa presunção de onipresença do controle.

A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como crise), instaura-se a crença de que todas as

³³ No original: “La guerra hace tomar conciencia de la amplitud del problema psiquiátrico, pero tambien del hecho de que nuevas formas de intervencion, decididas y puestas en práctica sobre el terreno, pueden ser más eficazes que largos tratamientos institucionales” (Castel, Castel, Lovell, 1980, p. 64).

³⁴ Sobre essa questão, ver Wacquant (2003), *As prisões da miséria*. O autor discute basicamente como a partir do modelo estadunidense, a Europa passou a produzir os pobres como criminosos e a miséria como crime. O modelo estadunidense é problematizado de maneira mais sistemática por Wacquant (2003) em *Punir os pobres*, texto no qual destaca como a criminalização da pobreza esteve atrelada sistematicamente ao mercado de encarceramento, representado tanto por manicômios quanto pelas prisões.

³⁵ A expressão não é nossa, e sim de Castel, Castel e Lovell (1980), ao criar um subtítulo com essa expressão, em seu livro *Sociedade psiquiátrica avançada*, aqui utilizado em sua versão espanhola.

doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade (Amarante, 1995, p. 37).

Entre os aspectos que norteavam a prática preventivista, e ao mesmo tempo lhe dava esse caráter salvacionista, de solução para os malogros da sociedade americana, destacam-se, três níveis, que embora descritos extensamente, parece-nos importante:

A prevenção primária tenta modificar os fatores que fazem que a comunidade seja patológica ou patógena. Supõe o estudo das características demográficas, sociológicas e psicossociológicas da população afetada; o conhecimento profundo do habitat, dos problemas econômicos [...]. Tenta determinar as necessidades da população enquanto qualidade de vida, dos fatores de traumatismo, dos grupos que apresentam maiores riscos de transtornos mentais [...] ³⁶ (Castel, Castel Lovell, 1980, p. 127-128).

A segunda forma de prevenção observada pelos autores é a seguinte:

A prevenção secundária se estabelece com um objetivo mais restringido e mais específico – a população dos sujeitos já detectados individualmente como particularmente vulneráveis – e tenta evitar sua descompensação por ações individuais ou, com maior frequência, coletivas, sejam diretas ou indiretas ³⁷ (Castel, Castel Lovell, 1980, p. 128).

Como podemos observar essas duas formas preventivas apontam para condições mais amplas e descentralizadas, pois estão mais próximas ao todo social. A terceira forma de prevenção tem um caráter mais tradicional, pois trata de tentar sanar as sequelas no sujeito.

A prevenção terciária afeta aos pacientes definidos de modo mais tradicional. Se trata de impedir as sequelas de um estado patológico que é claramente invalidante para o sujeito ou ao menos de limitar suas consequências. Entram nessa categoria qualquer ajuda para uma readaptação profissional, uma busca de alojamento ou inscrição no bem-estar de um sujeito que tenha apresentado um episódio psiquiátrico, qualquer ação indireta para acrescentar a tolerância do meio, qualquer ação direta, inclusive não reparadora, mas destinada, por exemplo, a que o paciente assuma sem desvalorizar-se seu novo estado ³⁸ (Castel, Castel Lovell, 1980, p. 129).

³⁶ “La prevención primaria intenta modificar los factores que hacen que la comunidad sea patológica o patógena. Supone el estudio de las características demográficas, sociológicas y psicossociológicas de la población afectada; el conocimiento profundo del habitat, de los problemas económicos [...] Intenta determinar las necesidades de la población en cuanto a la «calidad de vida», los factores de traumatismos, los grupos que presentan mayores riesgos de transtornos” (Castel, Castel Lovell, 1980, p. 127-128).

³⁷ “La prevención secundaria se plantea un objetivo más restringido y más específico —la población de los sujetos ya detectados individualmente como particularmente vulnerables—, e intenta evitar su descompensación por acciones individuales o, con mayor frecuencia, colectivas, ya sean directas o indirectas” (Castel, Castel Lovell, 1980, p. 128).

³⁸ “La prevención terciaria afecta a unos pacientes definidos de modo más tradicional. Se trata de impedir las secuelas de un estado patológico que es claramente invalidante para el sujeto o al menos de limitar sus consecuencias. Entran en esta categoría cualquier ayuda para una readaptación profesional, una búsqueda de alojamiento o una inscripción en el Welfare de un sujeto que ha presentado un episodio psiquiátrico, cualquier acción indirecta para acrecentar la tolerancia del medio, cualquier acción directa, incluso no «reparadora» pero

Há nesses elementos elencados os conceitos básicos de uma psiquiatria desvinculada do atendimento puro e simples ao paciente. Ampliam-se as possibilidades de tratamento aos pacientes, mas há uma ênfase acentuada na prevenção dos indivíduos e de determinados grupos. São aqueles grupos que são considerados em-si-mesmos como, se assim podemos dizer, pré-doentes, ou seja, indivíduos que mesmo não estando doentes, são considerados predispostos a ficarem. Esses grupos-alvos não são descritos pelo autor, mas certamente fazem parte dos marginalizados: mulheres, crianças, negros, alcoólatras e pessoas a eles vinculados. Isso se dá pela pressuposição de que era necessária uma política de saúde preventiva.

Esse modelo é a aplicação teórica e conceitual. Conforme argumentamos até aqui, embora seja muito esquemática, parece-nos correto o argumento de Desviat (2015, p. 62) segundo o qual a proposta preventivista é o experimento de “[...] um modelo de atendimento de saúde mental que transcendesse o atendimento exclusivamente centrado no sujeito doente [...]”. A teoria de Caplan propõe, portanto, combater todos os aspectos que ele considerava hostis à vida humana em cada etapa de sua vida em todos os níveis possíveis. Em sociedades complexas como as nossas, os indivíduos precisam de subsídios para a manutenção da saúde mental. Os subsídios declinam, como lembra Desviat (2015) comentando o pensamento de Caplan, nos momentos de acaso, isto é, momentos em que os acontecimentos da vida não transcorrem como esperamos ou desejamos, ou estão muito afastados da suposta normalidade dos subsídios. São subsídios para Caplan:

Subsídios físicos: alimentação, moradia, estimulação sensorial, possibilidade de exercício físico. *Subsídios psicossociais:* estimulação do desenvolvimento intelectual e afetivo. Satisfação de necessidades interpessoais: intercambio amoroso e afetivo. Necessidades de limitação e controle (afirmação e apoio da autoridade). Necessidade de participação em atividades coletivas: escola, trabalho. *Subsídios socioculturais:* influências exercidas no desenvolvimento e funcionamento da personalidade pelos costumes e papéis da cultura e da estrutura social. Cultura grupal, valores e tradições. *As comunidades desorganizadas constituiriam situações de risco elevado para a saúde mental* (Desviat, 2015, p. 63, grifo nosso).

Seria possível pensar a vida a partir dessas premissas profundamente racionalizantes? Como dizia Nietzsche, não seria um reflexo de decadência entender que a vida seria simplesmente um conjunto de racionalização e não uma sucessão de acasos? Não seria preciso

destinada, por ejemplo, a que el paciente asuma sin desvalorizarse su nuevo estado” (Castel, Castel Lovell, 1980, p. 129).

entender esse lado trágico da vida³⁹? Não seria o excesso de razão o problema contemporâneo? Não é justamente este o grande problema: negar o acaso e o devir que é a vida? Problematicemos ainda a questão das sociedades. Uma sociedade complexa e plural como a ocidental, a cada dia mais globalizada sugere, realmente ser uma sociedade organizada? Nos parece que é justamente pela sua suposição racional e idealista de ser organizada e organizadora que surgem e se criam problemas como o da loucura, pois a loucura só existe em sociedades racionais. Não há espaço para os melancólicos, para os depressivos, para os introspectivos, não há lugar para os “anormais”?

Outro aspecto que marca o caso estadunidense diz respeito à forte influência do setor privado. Como lembra Castel, Castel, Lovell (1980), a questão da psiquiatria nos EUA configura-se muito mais como uma política que gira em torno da lucratividade, o que pode ser evidenciado pelo aumento do número de instituições privadas. “Depois de 1968 foram criadas mais 35 [instituições privadas], enquanto desapareciam 6 hospitais sem fins lucrativos. Trata-se, pois, aqui também, de uma indústria em pleno auge, com um aumento de mais de um terço no número de ingressos [...]”⁴⁰ (Castel, Castel, Lovell, 1980, p. 122). Não é em vão que esses autores chamam o caso estadunidense de sociedade psiquiátrica avançada, isto é, há um certo retorno à ideia de que todo mundo é potencialmente louco e que as instituições, principalmente privadas, trabalham no sentido de controlar e medicalizar a sociedade. As “anormalidades” são tratadas como doenças. Em linhas gerais, mais do que um processo de tratamento e cura dos indivíduos catalogados como loucos, anormais, transgressores, “O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (Amarante, 1995, p. 41).

1.3.4 As psiquiatrias latino-americanas

Notadamente, essas rupturas, continuidades e mesmo as formas de ocultar certos processos apontam para a maneira como o saber-poder psiquiátrico se estrutura tanto como um

³⁹ O trágico nesse sentido, é esboçado a partir da noção nietzscheana, segundo o qual a tragicidade seria necessária para encarar artisticamente a vida, com capacidade de se reinventar a si próprio. Para isso, seria preciso superar o socratismo e restabelecer a força dionisíaca do mundo (Nietzsche, 2007). A loucura seria, nesses moldes, uma válvula de escape, um meio para a valorização da vida, pois, apontaria os limites do próprio formalismo racionalista: “Nesse debate entre a grande razão do mundo e a desrazão que a ameaça, a loucura assume uma dimensão trágica. Debilitar as fronteiras estabelecidas do Ser. Não é a razão que limita a loucura, mas, esta que ameaça quebrar os limites estabelecidos de uma ordem racional” (Gros, 2000, p. 42).

⁴⁰ “Después de 1968 se crearon 35 más, mientras desaparecían 6 hospitales con fines no lucrativos. Se trata, pues, aquí también, de una industria en pleno auge, con un aumento de más de un tercio en el número de ingresos [...]” (Castel, Castel, Lovell, 1980, p. 122).

elemento singular no governo da população na América Latina como de países colonizados. Como observou acertadamente Frantz Fanon⁴¹, no que tange às condições das sociedades colonizadas, torna-se mais um mecanismo para consolidar as formas de opressão, uma vez que se estabelece mais uma divisão em um mundo já dividido.

Este mundo dividido em compartimentos, este mundo cindido em dois, é habitado por espécies diferentes. A originalidade do contexto colonial reside em que as realidades econômicas, as desigualdades, a enorme diferença dos modos de vida não logram nunca mascarar as realidades econômicas, as desigualdades, a enorme diferença dos modos de vida não logram nunca mascarar as realidades humanas. Quando se trata de observar em sua intimidade o contexto colonial, verifica-se que o que retalha o mundo é antes de mais nada o fato de pertencer ou não a tal espécie, a tal raça. Nas colônias a infraestrutura econômica é igualmente uma superestrutura. A causa é consequência: o indivíduo é rico porque é branco, é branco porque é rico (Fanon, 1968, p. 29).

Mais à frente eu seu texto, Fanon observa que é justamente no contexto de desumanização do colonizado que o colonizador se reafirma como ser humano e que, como uma das características dessa desumanização ocorre justamente o encerramento dos colonizados em uma instituição psiquiátrica. Mulheres, povos originários, crianças, adultos, enfim, todas pessoas que não sejam os colonizadores ou a seu serviço. É nesse contexto que, segundo Aislan Diego de Sousa em sua recente tese, *Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios*, destaca como sendo uma das principais características da psiquiatria na América Latina carregar consigo as marcas do processo colonizador. Isso coloca, segundo ele, a luta antimanicomial no mesmo patamar das lutas dos oprimidos de todo o mundo, uma luta não só contra as formas de opressão, mas uma luta por liberdade, uma luta contra o capitalismo.

Na América Latina, a luta de classes e a luta antimanicomial vão se convergir de um modo tal que lutar contra a dominação, escravidão, exploração, opressão e exclusão que o capitalismo promoveu desde a conquista e colonização do continente significará também denunciar o manicômio. E, antes dele, todos os espaços de exclusão, da nau ao hospital, como expressão perversa desse sistema, passando a luta antimanicomial a uma expressão particular da luta de todos os povos da América Latina. A luta dos povos latino-americanos é, por assim dizer, ancestral à luta antimanicomial. As lutas dos índios, dos negros africanos, das mulheres e homens latino-americanos são formas da grande luta de classes que se trava desde a conquista e colonização (Assis, 2019, p. 48).

⁴¹ Psiquiatra martinicano (1925-1961), com formação na França. Entre suas obras mais importantes estão os livros, *Peles Negras, Máscaras Brancas*, que se trata de um relato segundo o qual ele se percebeu como negro na França colonizadora. Escreveu também uma das mais importantes reflexões da violência que acontecia nas colônias, com o livro *Os condenados da terra*. Notabilizou-se, entre outras coisas, pela sua participação efetiva na Revolução Argelina. Segundo o autor, do ponto de vista das relações mentais, seria impossível curar as pessoas do sofrimento mental, enquanto o próprio mundo estivesse doente. A doença seria o capitalismo, o imperialismo, o colonialismo.

Essa posição de Assis (2019) retoma uma série de outros estudos desenvolvidos por psiquiatras latino-americanos, que mesmo sendo herdeiros da tradição médico-psiquiátrica, vinculados aos seus ditames e a sua epistemologia, não deixam de reconhecer que os atravessamentos psiquiátricos nas américas produziram ao mesmo tempo um dispositivo de governo da população, que por outro lado também foi atravessado pela riqueza cultural e pela resistência dos mais variados povos e costumes.

É o caso, por exemplo, do texto *Historiografía de la psiquiatria latinoamericana*, de Rojas Malpica, Portilla Geadá, Villaseñor Bayardo (2002). Nesse texto, embora os autores não se utilizem de uma postura mais radical quanto à psiquiatria, os autores não deixam de reconhecer que não há como pensar em um saber europeu aplicado a uma terra sem se pensar, sem se discutir os operadores coloniais. Se a cultura europeia, por mais que seja adaptada em função das formas de resistência, é o mote cultural e estrutural de uma sociedade, quando as instituições são forjadas elas passam a regular os comportamentos a partir de uma certa tabula de valores, de um conjunto de normas (Rojas Malpica, Portilla Geadá, Villaseñor Bayardo, 2002). É nesse contexto, já de muita destruição, preconceito, racismo, sexismo, de destruição das culturas originárias que as instituições psiquiátricas começam a se instalar na América Latina.

Essas instituições estão fundadas na caridade e nos valores cristãos. É a partir da segunda metade do século XIX que há o aceleração da construção de uma série dessas instituições por todos os países do continente:

Tabela 1: Instituições psiquiátricas nos países da América Latina, com ênfase no século XIX.

<i>PAÍSES</i>	<i>INSTITUIÇÕES E ANO DE FUNDAÇÃO</i>
<i>México</i>	Entre 1689 y 1905 funcionó el Hospital de la Santísima Trinidad. En 1910 se fundó el Hospital de la Castañeda.
<i>Venezuela</i>	El Fraile Francisco Xavier de Irastorza construyó el Asilo para Mujeres Enajenadas en la Ciudad de Mérida, pero el terremoto de 1812 derrumbó la obra antes de que se lograra poner en servicio. En 1876 fue inaugurado el Asilo Nacional de Enajenados de Los Teques.
<i>Cuba</i>	En 1828 se creó en La Habana el Hospital de San Dionisio. Los enfermos fueron trasladados al Hospital de Mazorra en 1855.
<i>Chile</i>	En 1852 se funda la Casa de Orates en Santiago de Chile.
<i>Peru</i>	En 1859 se funda en Lima el Hospicio del Cercado o Casa de la Misericordia. Previamente, los enfermos se atendían en las Loquerías de los Hospitales de Santa Ana y San Andrés.
<i>Uruguay</i>	El Asilo de Dementes, fundado en Montevideo en 1860, es convertido en Manicomio Nacional en 1880. Antes, los enfermos se trataban en la Loquería del Hospital General de Montevideo.
	Del Patio de Dementes del Hospital Nacional de Mujeres, las enfermas son trasladadas al Hospital Nacional de Alienadas en 1854.

<i>Argentina</i>	En 1863 fue abierto en Buenos Aires la Casa de Dementes. La Loquería del Hospital San Juan de Dios atendió los enfermos mentales antes de la creación de estas Instituciones.
<i>Ecuador</i>	En 1881 fue fundado el Manicomio José Vélez en Guayaquil. Previamente, los enfermos eran atendidos en la Loquería del Hospicio de Pobres de Quito.
<i>Bolivia</i>	Se funda en Sucre en 1884 el Manicomio Nacional Pacheco
<i>Colômbia</i>	En Bogotá se fundan el Asilo de Locos en 1870 y la Casa de Locas en 1874.

Fonte: Rojas Malpica, Portilla Geada, Villaseñor Bayardo, 2002, p. 6-7. Com adaptações nossas.

Essas instituições passam a compor um conjunto que vai concorrer para definir moralmente os indivíduos, em especial a caracterizar como moralmente degenerados os povos originários e suas práticas e rituais. Em síntese, as instituições manicomiais, com base em uma forte moral cristã, construíram, segundo Alarcón (1976, p. 113) uma noção de doença mental atrelada com a degeneração moral “[...] mitigada por princípios de solidariedade humana e de ajuda aos desvalidos⁴²”. Alarcón (1976) defende ainda que essa visão moral era uma visão que não era científica, supondo assim que a partir do momento em que as supostas bases científicas da psiquiatria se estabelecem ela passaria a ser mais neutra, o que, como se sabe, efetivamente não ocorre.

Os asilos de “lunáticos” a cargo dos “alienistas” foram seu instrumento de ação [de caridade e de encerramento]. Longe da vigência do cientificismo, esta etapa da psiquiatria perdurou por vários séculos, inclusive até o começo do atual [XX]. Sua permanência na época contemporânea parece caracterizar-se pela influência que exerce nas chamadas profissões parapsiquiátricas⁴³ (Alarcón, 1976, p. 113).

Mas, não convém olhar para a caridade como uma simples ação de bondade, de beneficência pura e simples. Como destaca Moffatt (1980) no livro *Psicoterapia do oprimido*, no qual elabora um testemunho e uma reflexão sobre suas experiências durante a década de 1970, a caridade em sua relação com os manicômios expõe justamente uma dupla face do poder dos capitalistas operado a partir do poder psiquiátrico: “[...] ao rico permite reduzir seu sentimento de culpa pela exploração a que submete o pobre e ao pobre o confunde, dificultando-lhe localizar quem é que lhe tira o produto de seu trabalho” (Moffatt, 1980, p. 54). Ainda nessa

⁴² No original: “[...] mitigada por principios de solidariedad humana y ayuda al desvalido” (Alarcón, 1976, p. 113)

⁴³ “Los asilos de ‘lunáticos’ a cargo de los ‘alienistas’ fueron su instrumento de acción. Ajena a la vigencia del cientificismo, esta etapa de la psiquiatría perduró por varios siglos, incluso hasta los comienzos del actual. Su permanencia en la época contemporánea parece caracterizarse por la influencia que ejerce en las llamadas profesiones parapsiquiátricas” (Alrcón, 1976, p. 113).

perspectiva, o ato de dar e receber a caridade, produz, segundo o autor, uma clara demarcação de classe, cuja finalidade é justamente explicitar o despojo, o desprezo pela classe trabalhadora.

Outro cenário que já era observado por Moffatt (1980) diz respeito ao modo como a ideologia colonial e o capitalismo não se abstiveram de utilizar de todas as formas possíveis para se estabelecer em termos de poder, de ideologia e de opressão. Nesse sentido, o manicômio não era só uma cópia das instituições europeias e estadunidenses, tratava-se de uma aplicação mais sistemática, justamente porque era atravessada por uma relação absoluta, uma vez que, por aqui, não habitam os europeus ou estadunidenses e sim latinos. Há duas imagens, as quais Moffatt utiliza para apresentar duas visões sobre os manicômios: uma de um hospício nos EUA e outra de uma instituição no Paraguai, as quais apresentamos a seguir:

Figura 1: Brooklin State Hospital (NY – EUA)



Fonte: Moffatt, 1980, p. 42.

Figura 2: Manicômio Nacional (Assunção – Paraguai)



Fonte: Moffatt, 1980, p. 42.

Moffatt (1980) destaca que no caso latino-americano há um processo histórico extremamente complexo, dada a própria configuração dos estados nacionais. Para sustentar seu argumento, observa que na Argentina há uma grande adesão aos valores europeus, fato que remete fundamentalmente ao genocídio dos povos originários que foram aniquilados quase em sua totalidade e teria potencializado a aproximação com europeus e estadunidenses, seja na perspectiva ideológica e política, seja ainda na perspectiva institucional.

É nessa perspectiva que essas imagens, se comparadas com as da década de 1980, do *Adauto Botelho de Goiânia*, ou mesmo outras recentes, apontam para uma situação de poucas mudanças no quadro institucional. Tal dependência ainda se articula em relação ao saber e a pesquisas científicas sobre a loucura, que ainda é tratada, majoritariamente, sob a ótica europeia e estadunidense. Mais do que isso, a psiquiatria latino-americana passa por um processo também muito semelhante, embora com certa decalagem temporal. Entre outras coisas, como se pode observar, “[...] o processo social, já bastante longo, no qual um movimento manicomial cria, renova e atualiza a instituição psiquiátrica por meio da patologização, medicalização, institucionalização e estatização da loucura” (Sousa, 2019, p. 56).

Nesse processo de institucionalização, patologização e estatização da loucura a criação de Manicômios nacionais é um processo também recorrente na América Latina, como argumenta Moffatt (1980). Ao analisar as situações concretas do manicômio em Nova York e em Assunção no Paraguai o autor destaca que essa sanha em se criar instituições estatais,

nacionais, quando se trata dos manicômios, o que está em jogo, na verdade, é a criação de um espaço psiquiátrico no qual o foco é o combate ao pobre e a partir de um processo de pauperização e coisificação. Se no manicômio estadunidense há esse combate a partir de um certo núcleo tecnológico mais moderno, no caso os latino-americanos há um completo aspecto de pauperização. “Pude observar este processo de ‘pauperização’, com características extremas, no hospital psiquiátrico público de Assunção (Paraguai), que, com um certo sentido de honestidade que, às vezes, nos falta, se chama ‘Manicômio Nacional’” (Moffatt, 1980, p. 56). Segue a descrição das condições da instituição Paraguaia:

A descrição das condições ambientais destes pacientes é uma tarefa difícil; expressão “ninho de mendigos” pode dar uma certa imagem; não existem colchões, os pacientes não vestem roupa, mas farrapos, e com papa de milho cozido numa vasilha de lata que cada um conserva quase como sua única propriedade. Se considerarmos que o Paraguai é um dos países mais agredidos, explorados e empobrecidos, vítima do imperialismo norte-americano e também das grandes potenciais latino-americanas, podemos compreender até que ponto os hospícios podem ser considerados como indicadores do sistema social (Moffatt, 1980, p. 56).

A situação do manicômio paraguaio pode ser considerada, não obstante aspectos pontuais e especificados, como parte significativa das instituições psiquiátricas em outros países do nosso continente inclusive com os do Brasil. De tal modo, que em pequeno parágrafo que vem logo na sequência, o autor faz menção ao Manicômio Juliano Moreira, maior instituição psiquiátrica da América Latina.

Outro aspecto, o último tratado aqui, que também faz parte da composição da psiquiatria na América Latina é o seu forte vínculo com a religiosidade, de forma mais específica com a fé dos povos originários. E nesse quesito há uma espécie de embate, justamente porque no quadro da psiquiatria, certos rituais e manifestações individuais ou coletivas podem ser vistas como transtornos. Por outro lado, no contexto dos grupos, podem ser sinônimos de sabedoria e conhecimento⁴⁴.

⁴⁴ Essa provocação sobre como culturas diferentes veem certas manifestações, como, por exemplo, a homossexualidade, foi feita ainda na década de 1960 por Foucault. Após destacar como há uma contradição sobre como as sociedades ocidentais ditas civilizadas se relacionam com os povos Dakota, Foucault destaca que os homossexuais têm funções e espaços muito importantes nessas comunidades. Eles têm um estatuto mágico, sacerdotal, econômico, criativo muito respeitado em seus contextos e em nenhum momento lhes é atribuído qualquer rótulo ou diagnóstico do tipo psiquiátrico. Prosseguindo, reitera Foucault, que a questão da loucura, ou da enfermidade se trata de uma construção social e exemplifica a partir da figura do xamã entre os Zulu: “Eis, segundo Callaway, como se chega a xamã, entre os Zulu: ‘no começo’, aquele que está em vias de tornar-se xamã ‘tem uma aparência robusta, mas com o tempo torna-se cada vez mais delicado...; não para de se queixar... Sonha com todas as espécies de coisas e seu corpo está enlameado... Tem convulsões que cessam durante algum tempo quando é borrifado com água. À primeira falta de atenção, verte lágrimas, em seguida chora ruidosamente. Um homem prestes a tornar-se adivinho é uma grande causa de distúrbios’. Seria então, falso dizer que as condutas características do xamã são virtualidades reconhecidas e validade entre os Zulu, qualificadas, ao contrário como

A existência individual e coletiva ainda hoje continua sob o influxo da lenda, o sobrenatural e o divino, ao abrigo das crenças da cultura primitiva em torno do conceito da doença em geral e da doença mental em particular. A um fatalismo de base se unem, todavia, a força da fé e o poder da sugestão ao enfrentamento da doença mental. Em grande parte da América Latina, o localismo cultural de numerosos setores da população preserva muitos dos traços essenciais desse enfoque⁴⁵ (Alarcón, 1976, p. 113).

Nesse cenário, precisa reconhecer que há na América Latina uma prática psicoterápica que, mesmo não sendo admitida como tal, deve estar em nosso horizonte de análise porque personifica uma forma de resistência, como tantas outras existentes em nosso continente. Reconhecendo esse aspecto que, para a psiquiatria tradicional pode ser considerada charlatanismo, Moffatt (1980) destaca a importância dessas práticas especialmente para as pessoas pobres e da classe trabalhadora. Uma das principais características dessa psicoterapia é justamente a capacidade de aproximação com o paciente, uma aproximação que chega a ser até perigosa, dada a sua informalidade e sua capacidade de orientar os caminhos das pessoas. “O psicoterapeuta popular, ou seja, o curandeiro, o vidente, sabe estabelecer uma vinculação íntima com o paciente. A relação que estabelece é intensamente afetiva, o paciente é em geral chamado de irmão e o tom do longo vínculo é regressivo” (Moffatt, 1980, p. 103).

É diante de todo esse cenário que a condição de sociedades exploradas pelo imperialismo e as culturas muito vinculadas às suas ancestralidades se confrontaram. E que se estabeleceu uma série de movimentos com a finalidade de pensar o saber-poder psiquiátrico na América Latina. Um dos elementos centrais das contestações foi justamente a chamada Declaração de Caracas, no ano de 1990. Essa declaração é uma espécie de síntese de discussões que foram ocorrendo durante anos. Suas contestações devem ser lidas na íntegra:

VERIFICANDO, 1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com

hipocondria ou histeria entre os europeus. Aqui, não só a consciência de doença não é exclusiva do papel social, mas ainda o requer. A doença, reconhecida como tal, vê-se conferir um status pelo grupo que a denuncia. Desso, encontrar-se-iam também outros exemplos no papel desempenhado ainda recentemente, nas nossas sociedades, pelo idiota da aldeia e pelos epiléticos” (Foucault, 1968 p. 73-74).

⁴⁵ “La existencia individual y colectiva aún hoy continúa bajo el influjo de la leyenda, lo sobrenatural y lo divino, al abrigo de las creencias de las culturas primitivas en torno el concepto de enfermedad en general y de enfermedad mental en particular. A un fatalismo de base se unen, sin embargo, la fuerza de la fe y el poder de la sugestión en el enfrentamiento de la enfermedad mental. En gran parte de América Latina, el localismo cultural de numerosos sectores de la población preserva muchos de los rasgos esenciales de este enfoque” (Alarcón, 1976, p. 113).

as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

DECLARAM 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (Declaração de Caracas, 1990).

Embora em alguns aspectos a declaração não consiga se desgarrar das amarras da disciplina psiquiátrica tradicional, como, por exemplo, assume como verdadeira a expressão “doença mental”, ainda assim faz uma contestação urgente sobre o caráter das instituições psiquiátricas, isto é, manicomial e seu caráter antissocializador. Além disso, faz uma breve menção a necessidade de os cuidados serem organizados a partir das condições comunitárias, o que poderia, em tese, abrir possibilidades para todas as culturas ancestrais existentes na América Latina. Pelo menos no que se refere ao Brasil, pode-se dizer que, não obstante melhorias, há muito a ser feito ainda hoje. Sobre isso aprofundaremos no último item deste capítulo.

1.3.5 A psiquiatrização do normal e as drogas psiquiátricas

No quadro geral psiquiatria como dispositivo biopolítico, como se pode observar, há uma certa busca por um ideal de sociedade que está vinculado à morte, ao governo da vida, a uma questão imunitária que foi, com o passar do tempo se sofisticando. Tal movimento histórico é o que Bauman (1998) chamou de sonho de pureza, ou seja, um sonho que se estabelece a partir de um desejo impetuoso de tornar a sociedade cada vez mais pura, a cidade cada vez mais limpa, a sociedade cada vez mais homogênea, uma sociedade na qual cada pessoa tem um lugar predeterminado:

A pureza é uma visão das coisas colocadas em lugares diferentes dos que elas ocupariam, se não fossem levadas a se mudar para outro, impulsionadas, arrastadas ou incitadas; e é uma visão da ordem - isto é, de uma situação em que cada coisa se acha em seu justo lugar e em nenhum outro. Não há nenhum meio de pensar sobre a pureza sem ter uma imagem da "ordem", sem atribuir às coisas seus lugares "justos" e "convenientes" - que ocorre serem aqueles lugares que elas não preencheriam "naturalmente", por sua livre vontade. O oposto da "pureza" - o sujo, o imundo, os "agentes poluidores" - são coisas "fora do lugar" (Bauman, 1998, p. 14).

O que Bauman denuncia, mesmo sem citar o nome, é a forma como o ideário eugenista vai se solidificando, retomando ou fortalecendo os vínculos com o higienismo, que faz parte de uma busca pela purificação e higiene social. Não se trata de uma reflexão sobre o começo do século XX, mas, sobre uma continuidade de ações que atravessam todo o século XX e ainda hoje interferem na maneira como a sociedade se organiza. Esse tipo de organização social está atrelado ainda hoje aos aportes de um certo tipo de higienismo, sem os quais esse projeto capitalista não se sustentaria. Além disso, não são simplesmente intervenções nas formas de agir sobre indivíduos, em sua genética, senão, o que justificaria as chamadas instituições totais, seguindo a terminologia de Goffman (1974). É nesse contexto que os manicômios, prisões e mesmo escolas se estabelecem como elementos fundamentais da gestão dos indesejáveis.

Esse tipo de sociedade tenta gerir ainda as pessoas em situação de rua, que não obstante se encontrarem como *condenados da terra*⁴⁶, ainda são vítimas de toda sorte de ações excludentes e segregadoras. Desse modo, “[...] podemos deduzir que o interesse pela pureza, e o associado interesse pela “higiene” (isto é, manter a sujeira longe) tem uma relação mais do que accidental com a fragilidade da ordem” (Bauman, 1998, p. 15).

Mais do que isso, esse interesse por uma suposta ordem, por um suposto ideal de pureza vai se legitimando em certos grupos da sociedade porque classes mais privilegiadas observam outras classes como inimigas, como fora de lugar. Bauman explicita essa condição nos seguintes termos:

⁴⁶ Essa expressão é desenvolvida fundamentalmente a partir da luta anticolonial de Frantz Fanon. No seu texto *Os condenados da terra* Fanon vai mostrar, por exemplo, que não há unidade no mundo colonizado, pois o colonizador para se manter na sua condição de opressor precisa dividir. “O mundo colonizado é um mundo cindido em dois. A linha divisória, a fronteira, é indicada pelos quartéis e delegacias de polícia. Nas colônias o interlocutor legal e institucional do colonizado, o porta-voz do colono e do regime de opressão é o gendarme ou o soldado. Nas sociedades de tipo capitalista, o ensino religioso ou leigo, a formação de reflexos morais transmissíveis de pai a filho, a honestidade exemplar de operários condecorados ao cabo de cinquenta anos de bons e leais serviços, o amor estimulado da harmonia e da prudência, formas estéticas do respeito pela ordem estabelecida, criam em torno do explorado uma atmosfera de submissão e inibição que torna consideravelmente mais leve a tarefa das forças da ordem. Nos países capitalistas, entre o explorado e o poder interpõe-se uma multidão de professores de moral, de conselheiros, de "desorientadores" (Fanon, 1968, p. 28). Muito influenciado por Fanon, Paulo Freire desenvolveu muitas de suas reflexões tendo como base a postura do humanismo radical do martinicano.

Se concentramos a nossa atenção no último [no convívio humano], observaremos imediatamente que, entre as numerosas corporificações da "sujeira" capaz de minar padrões, um caso - sociologicamente falando - é de importância muito especial e, na verdade, única: a saber, aquele em que são outros seres humanos que são concebidos como um obstáculo para a apropriada "organização do ambiente"; em que, em outras palavras, é uma outra pessoa ou, mais especificamente, uma certa categoria de outra pessoa, que se torna "sujeira" e é tratada como tal (Bauman, 1998, p. 17).

É, portanto, a partir do convívio humano que se estabelece esse ideal de pureza, de purificação e de higiene social, de higiene racial, mesmo depois do desenvolvimento de técnicas avançadas da genética. Como se mostrou até aqui, todas as estruturas sociais ainda não superaram as sobredeterminações de raça⁴⁷ e classe. Além do mais, esses elementos são subsidiados por uma rede de biorregulação da vida, por meio de estratégias, tecnologias e dispositivos biopolíticos que, cada vez mais suprimem, controlam e governam os considerados desviantes e anormais.

Nesse contexto, nas últimas décadas vem se desenvolvendo, a partir das descobertas e avanços científicos e tecnológicos, aquilo que Castel (1987) chamou psiquiatrização avançada da sociedade e que chamo aqui, por entender que há uma certa obviedade, de psiquiatrização do normal, da normalidade, no contexto de uma era pós-psicanalítica⁴⁸. Esse processo é demarcado por Castel basicamente em duas obras. A primeira, *La société psychiatrique avancée: le modele américain*, de 1979⁴⁹, a segunda obra, *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*, de 1981, traduzida no Brasil em 1987.

Foi na primeira obra que Robert Castel, juntamente com Françoise Castel e Anne Lovell, comentando sobre a experiência estadunidense a partir do final da década de 1960, em um subtítulo provocativo, começaram a explicitar como a dita normalidade passaria a ser alvo desse novo processo dito terapêutico. Eis o subtítulo: *La normalidad como sintoma*. A

⁴⁷ A questão da raça, ou melhor, uma história da noção de raça tem uma longa trajetória. Contudo, não é historicamente óbvio que em relação aos humanos sempre existiram etnias e não raças. Depois de fazer um resumo sobre a noção de raça e como os cientistas da idade moderna classificaram os povos humanos em raças e isso perdurou durante os séculos, Silvio Almeida destaca que é somente a partir do sequenciamento do genoma humano que efetivamente a ciência biológica passa a sustentar que os humanos são uma raça só. Ainda assim o autor destaca o risco da ideologia e da política no contexto da raça: "Ainda que hoje seja quase um lugar-comum a afirmação de que a antropologia surgida no início do século XX e a biologia – especialmente a partir do sequenciamento do genoma – tenham há muito demonstrado que não existem diferenças biológicas ou culturais que justifiquem um tratamento discriminatório entre seres humanos, o fato é que a noção de raça ainda é um fator político importante, utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários" (Almeida, 2019, p. 22).

⁴⁸ Não se trata aqui de aprofundar sobre o que seria essa compreensão pós-psicanalítica, ainda assim, é preciso observar que, desde pelo menos a leitura crítica, poética e anárquica que Deleuze e Guattari (2011, 2005) fizeram da psicanálise seja a partir do *O Anti-Édipo* seja a partir dos *Mil Platôs*, o campo da psicanálise se deparou, senão com uma contestação, pelo menos com uma problematização.

⁴⁹ Utilizamos aqui a versão espanhola, traduzida em 1980 pela editora Anagrama e com franca circulação no Brasil pelos meios digitais.

problematização dos autores busca mostrar que nos Estados Unidos, nesse período, começaram a se estabelecer grupos de pessoas que, sob a direção de um líder, buscariam descobrir-se a si mesmos. Libertarem-se de certas amarras sociais e se tornarem seres verdadeiros (Castel, Castel e Lovell, 1980).

Essas práticas de aconselhamento em grupos se apresentavam como uma espécie de opção supostamente libertária em relação às instituições opressoras e burocráticas. Desse modo, constituem uma espécie de seita que vincula aspectos religiosos com um certo instrumentalismo e tem como finalidade não mais curar ou tratar doenças e sim ampliar as potencialidades individuais.

A terapia para pessoas normais é aquela tentativa, apoiada por uma bateria de técnicas espirituais e especialmente físicas, de maximizar o desempenho humano de cada pessoa em vez de tentar, como nas terapias clássicas, restaurar a saúde. O objetivo a alcançar é o aumento da saúde (gozo, sentimentos, consciência corporal, etc.). O modelo de crescimento psicológico substitui o da tutela médica⁵⁰ (Castel, Castel e Lovell, 1987, p. 267).

A partir de determinado momento essa dinâmica de grupo deixará de existir somente em espaços informais e passará a fazer parte de um grande sistema que consumirá, segundo os autores, todos os outros espaços que estariam supostamente fora do controle do eixo *psi*. Tratava-se de uma perspectiva segundo a qual seria necessário aos homens se libertarem da cultura opressora e vincular-se à sua própria cultura. Sob essa lógica de libertação e ampliação das potencialidades, se espalhava também as técnicas de manipulação das pessoas a partir dessa constituição ao mesmo tempo religiosa, ideológica e psicológica. “Consequentemente, devemos qualificar a afirmação de que a terapia para pessoas normais estende o empreendimento das técnicas de manipulação psicológica a toda a sociedade”⁵¹ (Castel, Castel, Lovell, 1987, p. 271).

Embora já seja discutido por Castel nesta obra sobre os Estados Unidos, o papel da regulação da infância é retomado com mais força na análise posterior, agora ao lado tanto da questão da deficiência quanto do debate sobre o capital humano. Essas questões são, para

⁵⁰ La terapia para normales es ese intento, apoyado en una batería de técnicas espirituales y sobre todo corporales, de llevar al máximo el rendimiento humano de cada uno en lugar de intentar, como en las terapias clásicas, restaurar la salud. El objetivo a alcanzar es una plusvalía de salud (de goce, de sentimientos, de conciencia del cuerpo, etc.) El modelo del crecimiento psíquico sustituye al de la tutela médica (Castel, Castel e Lovell, 1987, p. 267).

⁵¹ “En consecuencia, hay que matizar la afirmación la cual la terapia para normales extiende a toda la sociedad la empresa de las técnicas psicológicas de manipulación” (Castel, Castel, Lovell, 1987, p. 271).

Castel, fundamentais para se compreender esse processo de terapia para os normais, movimento esse que optamos por chamar, de psiquiatrização do normal.

O primeiro aspecto que merece destaque dos três anunciados anteriormente é a questão da infância e sua captura pelo dispositivo psiquiátrico a partir do século XIX. Castel (1987) argumenta que a infância vai entrar na brecha da psiquiatrização a partir de um outro lugar que não aquele próprio do adulto, pois, a criança já está situada em espaço de regulação que é a família. “As crianças não representavam os mesmos problemas, porque são mais ainda colocadas sob a tutela familiar que assume a maioria dos problemas de responsabilidade penal ou social e de assistência material” (Castel, 1987, p. 51). Seguindo a mesma linha de Foucault (2010), no curso *Os anormais*, Castel (1987) destaca que a relação da infância com as disciplinas de função *psi* começaram a surgir por meio da idiotia, da anormalidade.

Para isso, foi fundamental a relação entre o espaço escolar e o espaço médico. “Foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico” (Foucault, 2006, p. 257). Poderíamos acrescentar que foi a partir dessa psiquiatrização da criança que se avançou para a psiquiatrização do normal.

A partir dessa medicalização do anormal, a partir dessa desconsideração do doentio e, portanto, do terapêutico, a psiquiatria vai poder se dar efetivamente uma função que será simplesmente uma função de proteção e de ordem. Ela se dá um papel de defesa social generalizada e, pela noção de hereditariedade, se dá ao mesmo tempo um direito de ingerência da sexualidade familiar (Foucault, 2010, p. 277)

Se por um lado efetivamente o que está em jogo é essa ampliação do poder psiquiátrico tendo como premissa uma homogeneidade moral, sexual e econômica, também não se deve marginalizar um aspecto mais moderno que deriva do primeiro. A preocupação com a infância em todos os seus aspectos será crucial para a redefinição das práticas e pesquisas modernas. Esse “[...] setor da infância não é somente uma parte importante de um conjunto mais amplo” (Castel, 1987, p. 53) o que em si mesmo já ensejaria maior atenção. Todavia, há um aspecto mais profundo na questão da infância e a regulação da vida por meio da psiquiatrização: “Ele [setor da infância] vai se tornar o foco a partir do qual vão logo se irradiar técnicas médico-psicológicas mais inovadoras em matéria de descobertas” (Castel, 1987, p. 53)

Como argumentam tanto Foucault quanto Castel, o lugar por excelência para esse processo é a escola, ou melhor, na relação entre as instituições de saúde e escolar. Nessa relação da escola com a psiquiatria através da regulação da infância e da infância como “abre alas” para novas possibilidades, Castel (1987) destaca um aspecto fundante que é o aparecimento da figura

do deficiente e da deficiência. Pode-se dizer que esses dois conceitos farão uma mudança no quadro epistemológico da psiquiatria:

A noção de deficiência coloca em primeiro plano as performances sociais. Ela depende de uma medida de eficiência do comportamento com pretensão objetivista, a qual se opõe à percepção a perturbação psíquica que prevaleceu em doença mental. O louco pode, finalmente, ser genial; o deficiente representa sempre um déficit. Ele remete a um outro modo de pensamento e uma outra tradição além das que constituíram a psiquiatria (Castel, 1987, p. 105).

Por um lado, o deficiente, nessa concepção, abre a possibilidade de deslocamento em relação ao quadro mais geral da psiquiatria, por outro, também permitirá que a psiquiatria lide com supostas desigualdades naturais, certos déficits naturais. Todo esse quadro tem como base uma certa noção idealizada a partir de um padrão normal também supostamente natural.

O que se esconde atrás da deficiência não é a irrupção do patológico, mas um reino da desigualdade. Desigualdade que remete à deficiência de uma constituição, ou desigualdade adquirida na luta pela vida concebida como um percurso de obstáculos, mede sempre uma inferioridade. A deficiência naturaliza ao mesmo tempo a história da pessoa, fazendo de sua falta um déficit e a história social, assimilando performances requisitadas a um certo momento histórico a uma normalidade natural (Castel, 1987, p. 106).

O argumento de Castel (1987) nos coloca diante de uma espécie de aproximação com a própria ideia de degeneração e de hereditariedade que se desenvolveu a partir de Morel⁵² e que desembocou a eugenia. É nesse contexto que o argumento de Castel volta a se aproximar da reflexão de Foucault, dessa vez a partir da noção de capital humano, já mencionada no primeiro

⁵² Benedict-Augustin Morel (1809-1873) psiquiatra franco-austríaco, um dos primeiros a utilizar a expressão demência precoce. Escreveu o tratado da degenerescência, obra na qual apresentava sua tese sobre como as pessoas eram acometidas por problemas mentais e outras condições. Sua obra tornou-se reconhecida no meio psiquiátrico como uma das mais importantes obras para o campo psiquiátrico. O texto básico de Morel é *Traité des dégénérescences: physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés maladive*. No início de sua obra ele destaca: “Cette déviation, si simple qu'on la suppose à son origine, renferme néanmoins de éléments de transmissibilité d'une telle nature, que celui que en porte le germe deviant de plus en plus incapable de remplir sa fonction dans l'humanité, et que le progrès intellectuel déjà enrayé dans sa personne se trouve encore menacé dans celle de ses descendants” (Morel, 1857, p. 5). No texto ele destaca, entre outras coisas, as inúmeras relações que podem levar à degenerescência. Em síntese, pode-se dizer que eram basicamente seis as causas para a degeneração apontadas por Morel: a) degeneração por intoxicação, que vai desde causas mais comuns como a intoxicação por álcool ou mesmo intoxicações pelo clima e pelo solo; b) degenerações oriundas do meio social, tal como as condições industriais, a pobreza e as condições sociais e sanitárias às mais precárias que assolavam fundamentalmente as classes pobres; c) a terceira causa da degeneração abordada por Morel é condição mórbida, que se trata de todos os tipos de pessoas que se encontravam no asilo ou mesmo aquelas, segundo ele, propensas a serem internadas dadas as condições hereditárias; d) a degeneração também pode advir da imoralidade, a qual seria capaz de deixar marcas físicas transmitidas biologicamente; e) degeneração ainda por meio de doenças causadas na infância, que poderiam se manifestar tardiamente e f) a última causa da degeneração, destacada por Morel, e que está presente, segundo ele, em todas as outras formas é a hereditariedade, pois, a maioria das doenças são passadas por gerações (Morel, 1857; Serpa Jr., 2010; Caponi, 2012).

item deste capítulo. Observa-se que a partir dessa noção a terapia para normais ou psiquiatrização do normal o saber-poder psiquiátrico mobiliza todo um conjunto de tecnologias e dispositivos cuja finalidade é colaborar para que os indivíduos possam, supostamente, alcançar todo o seu potencial.

Segundo Castel (1987), a terapia para os normais, surgida nos Estados Unidos, mobiliza uma série de condições. A primordial relaciona justamente com a nova centralidade do normal, isto é, o normal e a normalidade não mais como ponto a se chegar, mas como sintoma. O que está em questão é a maneira como as pessoas atendem, ou não, as demandas das disciplinas e das exigências sociais, econômicas e de produção. A normalidade passa a ser sintoma de uma suposta incompatibilidade das pessoas no que tange ao seu contexto. “Suspeição, então, a respeito dos princípios e dos hábitos que regulam a sociabilidade comum” (Castel, 1987, p. 145). No entanto, o autor argumenta que só esses aspectos não explicam a expressão, é preciso compreender cada indivíduo como ser que não está acabado. Cada pessoa é vista também como um objeto que pode passar por “[...] um trabalho para desenvolver seu potencial e intensificar suas capacidades relacionais” (Castel, 1987, p. 145). Mas, como isso poderia ocorrer com uma pessoa normal? “Pelo emprego sistemático de técnicas psicológicas” (Castel, 1987, p. 145). Porém, não é qualquer tipo de técnicas e procedimentos psicológicos. Esses devem estar vinculados à ideia segundo a qual “O acabamento do ser humano torna-se tarefa infinita, na qual não se terá nunca acabado de investir” (Castel, 1987, p. 145). Nesse ínterim, essas novas terapias, essa nova mobilização das funções *psi* vai fazer explodir tanto o conceito de patologia quanto de saúde, o que por sua vez produzirá um regaço epistemológico. Ainda assim, uma coisa não mudará: “[...]a exigência de uma intervenção por intermédio de técnicas especializadas [...]” (Castel, 1987, p. 145), técnicas essas que se ampliam e que apontam para um estágio superior da psiquiatrização da sociedade a partir da psiquiatrização do dito normal.

Todo esse esforço em tentar desvincular a psiquiatria do manicômio, aliado à psiquiatrização do normal desemboca naquilo que se pode chamar de epidemia das drogas psiquiátricas. Como destaca Amarante e Freitas (2017), esse processo de inserção das drogas psiquiátricas surge a partir da década de 1950, com a invenção da teoria do desequilíbrio químico. Esse teria sido um passo importante para os psiquiatras biológicos, que observavam que a ausência de certos componentes químicos seriam os responsáveis pela esquizofrenia. A tese é que ao tomar a medicação os pacientes teriam um comportamento cerebral anormal e isso faria com que o próprio organismo criasse as condições para a regulação química. Notadamente essa posição foi contestada, embora essa hipótese tenha se estabelecido como uma premissa para muitos psiquiatras.

A principal contestação tem que ver com o recorte apenas dos resultados a curto prazo. Como argumentam Freitas e Amarante (2017), mesmo tendo resultados aceitáveis, os psiquiatras não consideraram os efeitos a médio e longo prazo, pelo contrário, destacaram a comparação com os grupos que não estavam submetidos aos medicamentos.

Eram muitos os problemas criados pela própria terapêutica psicofarmacológica. Frequentemente se passou a reconhecer o aparecimento de efeitos colaterais nocivos do tratamento dos esquizofrênicos com neurolépticos, como alterações anatômicas desagradáveis, estranhas alergias e discinesias tardias (Freitas, Amarante, 2017, p. 88).

Além dessas condições, por assim dizer, mais médicas, essa suposição biológica e química deve-se considerar ainda dois aspectos, que, segundo Alvarenga e Dias (2021) são decisivos para compreender a expansão do uso dos psicotrópicos:

O primeiro ponto é que o desenvolvimento dos manuais diagnósticos envolve a resposta que fenômenos psíquicos têm ao uso de psicotrópicos. Um exemplo foi a criação do diagnóstico de transtorno de pânico, cuja categoria não envolve apenas a descrição de crises de ansiedade paroxística, uma vez que o desenvolvimento do diagnóstico envolveu estudos que evidenciavam respostas para os quadros relacionados com o uso de antidepressivos em baixas doses. Em segundo lugar, o fenômeno de consumo de drogas psiquiátricas tem relação com as novas indicações de prescrição, que surgem conforme o conceito de doença mental se transforma a cada manual diagnóstico, estabelecendo novos parâmetros diagnósticos. Isto implica mudanças na epidemiologia das categorias psiquiátricas (Alvarenga, Dias, 2021, p. 4-5).

Desse modo, percebe-se uma relação tanto do aumento das prescrições como com o modo dos manuais diagnósticos serem concebidos. Os autores ressaltam que tais movimentos são potencializados pelo aumento na propaganda e investimentos feitos pela indústria farmacêutica, fazendo com que cada vez mais pessoas tentem aumentar os seus potenciais, uma clara expressão daquilo que tanto Foucault (2008) quanto Castel (1987) problematizaram no contexto do investimento sobre o capital humano e que também se insere no que diz respeito à psiquiatrização e terapia do normal.

1.3.6 Os caminhos da reforma psiquiatria no Brasil

Uma das personagens mais importantes no contexto de mudanças e transformações das instituições psiquiátricas, no Brasil, foi Nise da Silveira. Nise nasceu em Maceió, Alagoas, em 1905 e faleceu em 1999. Durante o período Vargas foi presa e suas intervenções no campo psiquiátrico só se tornaram mais efetivas e conhecidas a partir da década de 1950. Magaldi

(2020) destaca que foi decisiva sua experiência ao sair do cárcere e voltar a atuar em uma instituição psiquiátrica e se deparar com o eletrochoque, a lobotomia e tantas outras de terapias por ela consideradas violentas e equiparáveis à tortura.

Segundo Magaldi (2020) a trajetória de Nise será marcada por sua aversão a esse tipo de procedimento. Sua posição esteve centrada nas terapias relacionadas com arte e em alguns casos com ações externas realizadas com as pessoas. Seu trabalho se notabilizou com a chamada Casa Palmeiras, criada em 1956. De filosofia junguiana, entendia que a expressividade pela arte e pela escultura poderiam mostrar os símbolos que a voz ou o corpo não conseguiam expressar. Nise estava na vanguarda das transformações que ocorreriam posteriormente.

Do ponto de vista temporal, o movimento de contestação aos manicômios no Brasil tem como uma de suas referências o ano de 1961, sendo uma das primeiras ações mais efetivas no território nacional. Essa data é importante na história dos movimentos de reforma, pois, entre outros fatores, foi nesse ano que um dos pioneiros nessa nova forma de pensar a loucura, esteve no Brasil, o italiano Franco Basaglia, cujo propósito foi questionar o próprio estatuto da loucura. Aqui há a relação pontual com a antipsiquiatria, tendo em vista, o questionamento sobre o saber psiquiátrico e sobre a existência ou não do estatuto da loucura. Existe loucura ou apenas uma rotulação que se estabelece para alguns sujeitos desviantes em relação a determinados padrões e práticas vistas como normais na sociedade?

Enquanto as reformas italianas se desenvolviam, os acontecimentos no Brasil estavam mais próximos, temporal e conceitualmente, dos que também se desenrolam nos Estados Unidos, em especial após as mudanças propostas pelo então presidente Kennedy, em 1963 (Castel, Castel, Lovell, 1980; Santos, 2015, 1995; Desviat, 2015). Tal como já mencionamos, o problema estadunidense é caracterizado pelo aparecimento tardio de mecanismos efetivos para atendimento ao público. Embora já tenhamos discutido essa questão, vale novamente um comentário, pois conforme Castel, Castel e Lovell (1980), o aumento das instituições privadas em território americano foi enorme⁵³. Pode-se dizer que no Brasil, a década de 1960 é aquela em que há um crescimento substancial da privatização da loucura, das ideologias capitalistas transformarem o sofrimento mental em mercadoria. Isso notadamente situa-se em lugar privilegiado, levando-se em conta que no ano de 1964 há a institucionalização do Golpe Militar. “Na área de saúde mental, o denominado subsetor privado parece tomar mais força a partir de

⁵³ Ainda na esteira desse argumento Destiat (2015, p. 55) que que este setor nos Estados Unidos é “[...] dominado pelos interesses das grandes instituições de tratamento e por um atendimento centralizado no poder aquisitivo do indivíduo, do usuário. O atendimento sanitário nos Estados Unidos estava condicionado ao universo dos seguros”.

1964 sobre a base da ideologia privatizante do movimento militar, que negava ter recursos suficientes, mas passou a fazer aquisição de leitos no setor privado” (Santos, 2015, p. 122).

Todavia, não é só isso, há outros aspectos em jogo, pois mesmo ações que aparentemente podem ser consideradas benéficas, como a junção dos fundos de aposentadoria e pensão, resultando na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (Amarante, 1994), nada mais é que condição para se atender os indigentes, aos quais eram negados atendimento. No Brasil, o atendimento aos chamados doentes mentais se limitava às pessoas vinculadas à previdência, isto é, as pessoas que tinham vínculo trabalhista formal. A partir da década de 1960 e os aspectos já mencionados, outras pessoas são incluídas, pois a rede privada precisava de, como diz Amarante (1994, p. 79), “[...] produzir novos clientes”. Produzir novos clientes significa a abertura de mais leitos, para que o então governo militar os comprasse.

A síntese que Amarante (1994, p. 79-80) faz desse processo é pertinente:

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar os serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor de saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente em grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações da rede hospitalar.

No Brasil, esse processo de comercialização da loucura tem início na década de 1960⁵⁴. Durante a década de 1970, em um movimento muito próximo do que ocorre nos Estados Unidos, houve uma expansão significativa. No caso brasileiro, como dissemos nas linhas anteriores, impulsionado pela Ditadura Militar, cresce o número de hospitais psiquiátricos privados. Heindrich (2007, p. 100) denomina esse crescimento de ‘indústria da loucura’ e assevera que “[...] com ampliação da rede privada de serviços psiquiátricos que, em que pese o aumento do número de leitos, apresentava situação lastimável de atendimento aos pacientes”. A autora vai além disso e mostra que há a premissa de investimentos maciços da iniciativa privada em tornar o setor psiquiátrico em algo lucrativo. Conforme destaca de forma provocativa Cerqueira (1984 *apud* Heindrich, 2007, p. 101):

⁵⁴ Parece-nos que cabe ainda, mais um argumento sintético sobre esta questão. Por isso fazemo-lo, aqui. Conforme argumenta Santos (2015, p. 122) “El golpe militar de 1964 es considerado por Rezende (2002) como marco divisorio entre una atención psiquiátrica orientada predominantemente para los indigentes y una psiquiatria de masas, orientada más a los trabajadores y sus dependientes. Rezende asigna esta masificación a factores tales como la avaricia lucros de la industria hostelería psiquiátrica, la elasticidad de la clasificación nosológica donde los llamados ‘neuróticos’ y ‘alcohólicos’, que fueron representados em proporciones excesivas como clientes de hospitales”.

De arrogância em arrogância, e em nome da sacrossanta iniciativa privada, mandando e desmandando na previdência, esta empresa de saúde passou de supletiva a exclusiva e exige nada menos que o monopólio. Em 1941 eram 3 mil leitos psiquiátricos seus contra 21 mil oficiais; em 1978 estes eram 22 mil e os dela 55 mil. Enquanto o número de leitos permaneceu quase inalterado na esfera oficial, na esfera privada o crescimento foi de quase 20 vezes em 40 anos.

Esse aspecto, sem dúvida, provoca um problema nas demandas dos movimentos de reforma, uma vez que a premissa dos grupos privados não é pensar na melhora das pessoas supostamente loucas, mas única e exclusivamente no acúmulo de capital. Nesse sentido, a questão da loucura ou dos debates sobre ela, teria um novo obstáculo, forte e perigoso, isto é, a vontade daqueles “[...] que não abrem mão da ‘lucratividade’ da loucura” (Heindrich, 2007, p. 101). Ainda, segundo essa autora, esses aspectos, aliados com diversas denúncias feitas sobre as más condições dos manicômios privados, sobre os altos índices de corrupção, fizeram com que a Previdência Social reorganizasse o sistema de atendimento psiquiátrico com o intuito de reduzir novamente os leitos.

Esse movimento de contestação ocorre também em função da criação e organização de alguns grupos sociais cuja premissa era lutar pelos direitos dos chamados doentes mentais. Entre eles se destacam: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o Movimento de Renovação Médica (REME), entre outros.

Com isso também se começa a perceber os abusos contra os internados, fato que provoca a eclosão de alguns movimentos na tentativa de sistematizar mudanças nas práticas psiquiátricas. Nesse período surge o movimento dos trabalhadores em saúde mental; Basaglia faz duas visitas ao Brasil (1978 e 1979).

A década de 1980 marca sistematicamente o movimento da reforma psiquiátrica brasileira, especialmente após a visita de Basaglia. Esta década é marcada entre outras coisas pelo número significativo de encontros e conferências acerca da saúde mental. Todavia, pode-se perceber que esses momentos de discussão e debate só começam a eclodir na medida em que o regime militar começa a declinar. Logo em 1985, em Vitória, no Espírito Santo, ocorreu o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste. O segundo Encontro acontece em Barbacena, Minas Gerais. Esse movimento impulsiona a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987. Um ano antes, aconteceu o I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Outro fato importante, que contribuiu para a reforma no Brasil, foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 com a promulgação da Constituição Federal do mesmo ano e a reinserção do país na forma democrática liberal.

Comentando os principais acontecimentos da década de 1980 Amarante (1995) destaca ainda a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o importante II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Aliados a esses eventos estão ainda a criação do primeiro Centro de Apoio Psicossocial, em São Paulo, bem como a criação do projeto de lei da Reforma Psiquiátrica. Isso tudo o autor coloca no contexto dos primeiros movimentos de desinstitucionalização da loucura. Sobre isso, argumenta o autor:

Esta trajetória pode ser identificada por uma ruptura ocorrida no processo de reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominantemente, das transformações no campo técnico-assistencial, para uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (Amarante, 1995, p. 75-76).

O final da década de 1980 e início da de 1990 marca, portanto, a descentralização dos debates e questões acerca da saúde mental. Tal discussão passa a se situar no âmbito dos movimentos e relações sociais, passa a habitar os mais diversos nichos sociais. Esses processos desembocam na normatização e reconhecimento efetivo do SUS⁵⁵ em 1990. Até a década de 1950 o atendimento aos chamados doentes mentais era basicamente centralizado no Estado. Nas décadas que se seguem observa-se o vertiginoso crescimento do setor privado, bem como os conchavos e um financiamento, no mínimo suspeito. Em meio a essas tensões, o SUS representa uma nova possibilidade de se promover uma assistência mais democrática e descentralizada. Com aprovação da Constituição todo cidadão passou a ter direito à saúde como direito básico, contrariando a prerrogativa dada anteriormente somente aos que estavam vinculados à previdência (Santos, 2015; Heindrich, 2007). Nessa esteira começam a se sistematizar no Brasil os primeiros movimentos efetivos de reforma, agora com participação mais aguda do Estado brasileiro, representado pelo Ministério da Saúde.

Um dos marcos na reforma brasileira é o projeto de lei Paulo Delgado, de 1991, que trazia à tona uma série de questões dos debates até então realizados no Brasil. Esse projeto representa a continuação da luta antimanicomial no Brasil. Entre as principais questões levantadas destacam-se, sobretudo, a proibição da abertura de novas instituições públicas e o financiamento de instituições privadas para tratamento dos loucos⁵⁶. Esse projeto, por sua vez,

⁵⁵ O SUS – Sistema Único de Saúde é ao mesmo tempo um marco histórico no atendimento às pessoas, mas também representa um novo paradigma de normatização para a saúde como um todo, também para a saúde mental.

⁵⁶ Os trechos que se seguem, do referido projeto de lei original, de 1989, são significativos: Ementa: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. Art. 1. Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos

amplia o debate de profissionais da saúde e pacientes, para toda a sociedade. A questão da saúde mental tornou-se também uma questão política importante. Isso quer dizer que vários segmentos acabam acatando a ideia da reforma e ela começa a tomar força. Toda a década de 1990 se torna um período fértil para as discussões, com o fortalecimento de vários movimentos e o acontecimento de várias conferências, debates e palestras sobre a questão antimanicomial. É nessa década também, mais especificamente no ano de 1995, que o *Adauto Botelho de Goiânia* tem suas portas fechadas oficialmente. Dois anos mais tarde a estrutura arquitetônica seria demolida, para a construção de outra instituição.

Apenas no ano de 2001 o projeto de Lei Paulo Delgado é finalmente aprovado, mas com modificações que representam a força dos interesses privados da sociedade brasileira à época. A Lei 10.216, então aprovada, não representava mais os ideais reformistas com a mesma força. Em 2003, com a ascensão do governo progressista do PT, o presidente Lula sanciona o programa “De Volta para casa”, que estabelecia a liberação de uma quantia (R\$ 240,00) para os pacientes que permaneceram durante longo período em internação, conforme determina o § 1º do art. 2º da lei 10.708 de 2003, que regulamenta o programa.

Podemos perceber que ainda hoje a luta pela reforma psiquiátrica está em movimento. Um dos pontos fortes desse movimento, pelo menos enquanto conceituação, são os CAPS que, mesmo surgindo na década de 1980, somente após a emergência do SUS, em 1990, e regulamentação daquele apenas em 2002, pode efetivamente se apresentar como uma ação de luta antimanicomial. Conforme descreve a Portaria nº 336/GM/MS/2002, os CAPS são centros de apoio que têm como objetivo ajudar a tratar as pessoas com distúrbios mentais severos. Eles são divididos em:

- CAPS I: para cidades que tenham entre 20.000 e 70.000 habitantes e devem funcionar de 08 às 18 horas;
- CAPS II: para cidades com mais de 70.000 habitantes com horário de funcionamento análogo ao primeiro, mas com contingente maior de pessoal e podem abrir um turno extra;
- CAPS III: para cidades com mais de 200.000 habitantes, estes devendo atender diariamente 24 horas, notadamente com contingente bem maior;
- CAPS i: destinado para o atendimento de crianças e adolescentes;
- CAPS ad: destinado ao atendimento de pessoas alcoólatras e usuárias de outras drogas.

hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”.

Os Centros de apoio psicossocial representam, no Brasil, ainda, o movimento de desinstitucionalização. O crescimento no número desses centros de 1010 em 2006, para 1620 CAPS em 2010 (cf. Santos, 2015, p. 138) mostram que muitas ações estão sendo feitas. Resta saber se essas ações estão funcionando do ponto de vista das práticas de liberalização da formação de subjetivações próprias ou se há uma nova forma de institucionalização das subjetivações.

Os movimentos de contestação ao modelo manicomial em Goiânia refletem, não obstante as particularidades regionais, todo o movimento nacional que estabelecia no contexto das disputas pela redemocratização e nesse bojo começa a ser forjado uma nova e decisiva reviravolta: a efetivação do Sistema Único de Saúde. Uma das principais bandeiras da redemocratização é justamente o SUS, aliás, pode-se dizer que o SUS de certo modo representa uma síntese da redemocratização, dado que é uma das políticas mais significativas no pós-Ditadura.

No capítulo que se segue, o recorte dessa pesquisa começa a ser delineado a partir de um breve recuo no contexto brasileiro, mostrando a maneira segundo a qual o ideário eugenista e higienista figurou como uma das principais inspirações políticas e como afetou e mobilizou o campo psiquiátrico, até pelo menos a década de 1950. Por conseguinte, viabilizou o combate aos loucos e à loucura e toda forma de desvio e pobreza, por meio de mecanismos biopolíticos, utilizando ao mesmo tempo uma retórica individualista, mas, lidando também com a coletividade. Além disso, uma série de outros conceitos, mais sofisticados e eufemistas foram mobilizados por psiquiatras e cientistas, o que definiu a produção de um discurso tido como científico, mais denso e capaz de refletir em medidas sociais concretas, como a institucionalização do poder psiquiátrico a partir da expansão de hospitais psiquiátricos por todo Brasil.

CAPÍTULO 2 MANICÔMIOS E PSIQUIATRIZAÇÃO SOCIAL NO BRASIL

As décadas iniciais do século XX, no Brasil, são marcadas por inúmeras transformações, em muitos campos da sociedade. Impulsionados pelos vultos do progresso, pelas pulsões modernizantes e modernizadoras, representadas entre outras, por expedições de desbravamento do Brasil, como a *Comissão Cruls*⁵⁷, ainda no século XIX até a ação mais famosa, conhecida como *Marcha para o Oeste*⁵⁸. Da perspectiva da arte, o ano de 1922 produz um dos movimentos mais importantes da arte brasileira, a semana de arte moderna de 1922. Do ponto de vista político, uma série de legislações foram produzidas, tendo como finalidade o suposto melhoramento da raça brasileira, que se encontrava, segundos os discursos eugenista e médico do período, em situação de decadência. Essas políticas eram, inicialmente, de embranquecimento da raça, por meio do intenso movimento imigratório de europeus para o Brasil e posteriormente se focou nas questões sanitárias.

No contexto dos desdobramentos sanitários e civilizatórios, atravessa o Brasil um conjunto de discursos ambíguos. Um primeiro grupo vê na raça um problema, enquanto o segundo grupo argumenta que não sendo uma questão da raça que precisaria ser embranquecida, essa população deveria ter acesso às tecnologias civilizatórias. Já no governo Vargas há um número significativo de legislações que estavam situadas em um contexto que tanto os médicos quanto políticos, cientistas e mesmo literatos eram signatários. Esse ideário se configurou como sendo uma mola propulsora das políticas e ações públicas.

Nesse cenário, a relação entre a psiquiatria e a eugenia mostrou-se como um elemento indissociável, levando o ideário degeneracionista que já se manifestava na psiquiatria do século XIX, a se tornar, a partir da eugenia, um elemento basilar para a continuidade das práticas psiquiátricas no Brasil. Trata-se de apresentar o contexto de criação e desenvolvimento do solo

⁵⁷ A viagem promovida pela *Comissão Cruls* é uma entre outras tantas que foram desenvolvidas no Brasil e que serão mencionadas no decorrer do capítulo. Especificamente sobre essa expedição, ela ocorreu a partir do ano de 1892 até 1893, no final do século XIX. Sua missão foi mapear e descrever o Planalto Central do Brasil. O relatório oriundo dessa expedição ainda é considerado um documento pioneiro.

⁵⁸ A *Marcha para o Oeste* é o movimento que dá origem tanto a Goiânia quanto à Brasília. Tendo como um dos precursores o presidente Getúlio Vargas, as ideias da *Marcha* eram justamente levar civilização, modernidade e progresso para o país. Como argumentei em outra ocasião (Rego Santos, 2020, p. 138): “A criação de Goiânia na década de 1930 é uma das expressões desse projeto em termos locais. O marco nacional desse projeto dito civilizador e expansionista, foi a chamada *Marcha para o Oeste*, iniciada a partir da instalação do Estado Novo, em 1937. Sua pretensão era abrir o Brasil e civilizar o interior, supostamente, ainda selvagem. Se a sociedade estava em processo de modernização, o homem não poderia ficar para trás, devendo-se ‘melhorar’ quem possibilitaria o desenvolvimento social e econômico do país”.

epistemológico que possibilitou a consolidação de um ideário psiquiátrico totalmente novo e moderno no Brasil. Deve-se observar que há, nesse cenário, uma série de instituições homônimas e outras que foram criadas no contexto da gestão do psiquiatra Aduino Junqueira Botelho à frente do SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Este capítulo problematiza os caminhos da consolidação do campo psiquiátrico que não se desvincula da eugenia e que teve nas instituições psiquiátricas (asilares e manicomiais) uma marca estrutural, política e cultural basilar para o poder-saber psiquiátrico, como sendo um dispositivo capaz de organizar a sociedade. Desse modo, as quatro instituições apresentadas aqui, na parte final deste capítulo, que levam no póstico o nome de Aduino Junqueira Botelho representam o modo como o estado se organizou para controlar grupos considerados desviantes. Os Aduinos analisados, não obstante diferenças contextuais, são unidades do poder psiquiátrico atravessados pela eugenia e pelo higienismo, marcas incontestes desse período.

2.1 Eugenia, higienismo e psiquiatria no Brasil

Tal como se apresenta aqui, a eugenia é, como formulado por Foucault, em *História da sexualidade I*, uma estratégia biopolítica e um dos mecanismos para exercer o poder de biorregulação da vida, juntamente com a psiquiatria. O fio para essa relação é uma pretensa preocupação com a degenerescência. Entre essas supostas situações de degeneração se encontra o medo dos degenerados mentais.

Daí o projeto médico, mas também político, de organizar uma gestão estatal dos casamentos, nascimentos e sobrevivências; o sexo e sua fecundidade devem ser administrados. A medicina das perversões e os programas de eugenia foram, na tecnologia do sexo, as duas grandes invenções da segunda metade do século XIX (Foucault, 2014, p. 128).

Na sequência do texto ele destaca que esse processo de administração política e biológica está relacionado ao “[...] conjunto perversão-hereditariedade-degenerescência [que] constituiu o núcleo sólido das novas tecnologias do sexo” (Foucault, 2014, p. 112) que, por sua vez, está muito atrelado a psiquiatria. Daí decorre uma série de outras preocupações que estão ligadas à genealogia e a descendência. Essa nova série de coisas desemboca sistematicamente na questão da raça, do biológico, da espécie, da população, da degenerescência.

Sobre a questão da eugenia nesse sentido, Stern (2016) argumenta que não se pode ser iludido pelo uso ou não palavra eugenia, uma vez que ela pode encobrir o verdadeiro significado das práticas, dos projetos. Nesse sentido, não necessariamente um projeto eugenista vai utilizar

o termo, mas, ele se revestirá da linguagem do momento, mas, com o mesmo sentido de melhoramento da raça, melhoramento do homem, melhoria da população entre outras formas. “Eugenia é uma palavra ilusória. Ela teve conotações divergentes e galvanizou projetos díspares pelo mundo. [...] a transformação da eugenia com o tempo fez-se imperativo se definir no contexto, não absolutamente em termos. Contudo, isso não implica uma falta de precisão” (Stern, 2016, p. 10). Essa precisão, que suprime lacunas e que está na base das discussões e práticas nos diferentes lugares, segundo Stern (2016) reside justamente na definição tanto de Galton, para quem a eugenia estaria ligada melhoria das qualidades inatas da raça e a gestão das influências, quanto de Charles Davenport, que sintetizou a noção de eugenia como sendo uma espécie de melhoramento, aprimoramento da espécie humana a partir de sua melhor criação. Isso coloca, segundo a interpretação de Stern (2016), todo tipo de anormalidade, de desvio, pobreza como sendo foco das práticas eugênicas.

A eugenia tem seu desenvolvimento na Inglaterra, no final do século XIX, a partir da teoria de Francis Galton. Contudo, sua conceituação só será levada à cabo primeiramente nos Estados Unidos, no contexto do fechamento das fronteiras e da exploração e segregação dos negros. Outro aspecto que será decisivo para os teóricos eugenistas é a redescoberta das leis de Mendel, que será utilizada para justificar as questões hereditárias nos seres humanos. As principais versões da eugenia foram a chamadas: negativa, de matriz mendeliana e a chamada eugenia positiva, neolamarckista. Em ambos os casos, não obstante as diferenças dos caminhos, a eugenia teria como foco o combate às formas de degeneração das pessoas via mecanismos hereditários. Nesse caso, os signatários da eugenia tomam para si, acoplam esses outros saberes, para atender os interesses desse campo. A teoria da degenerescência foi a principal teoria cooptada pelos eugenistas com a finalidade de justificar as tomadas de decisão e defesa das principais práticas que deveriam ser efetivadas para a chamada purificação da raça. Quais seriam essas práticas? Para os mais radicais, os eugenistas negativos, deveriam ocorrer: controle de natalidade, exame pré-nupcial, encerramento dos ditos degenerados, anormais, loucos, delinquentes, ou em outros casos, a esterilização ou mesmo a morte dessas pessoas, as quais, segundos esses eugenistas, não poderiam procriar, dada que a sua suposta degeneração seria passada por herança genética; para os eugenistas ditos positivos, a questão centrava-se na formulação de espaços mais salubres, de uma educação eugênica com base na higiene mental e na compleição física, também seriam incentivadas as práticas individuais de higiene, além de ser muito comum a propaganda eugênica em busca de “melhor herança” a ser transmitida (Souza, 2019; Diwan, 2007, 2020; Stepan, 2004, 2005). Como argumenta Goés (2024, p. 77): “[...] a eugenia teve grande receptividade na Europa e na América [...] sendo compartilhada nos

círculos intelectuais, a produção de biólogos eugenistas era justificada como uma busca de caminhos para coibir a “degenerescência humana” e melhorar a espécie”.

No caso dos Estados Unidos a principal vertente foi a eugenia negativa, tendo inclusive um dos maiores laboratórios de pesquisa eugênica do mundo, o *Cold Spring Harbor* (cf. Diwan, 2020; Souza, 2019). Na Europa, o caso mais conhecido é o estado nazista, que assassinou milhões de pessoas em nome desse projeto de purificação da raça. Mais sofisticado, embora, não menos violento, ocorreu nos países escandinavos, no qual a questão racial não era sequer uma questão, dado que pessoas de outros países não tinham acesso fácil a esses países⁵⁹.

Introduzida no Brasil a partir de 1910, especialmente no contexto de sua inserção nas campanhas de saneamento, foi vista não só com entusiasmo, mas, também como uma forma de modernização do projeto de saneamento do Brasil (Stepan, 2004; 2005)⁶⁰. Sendo assim, a eugenia, no Brasil, em determinados momentos se confundiu tanto com o sanitarismo quanto também com o higienismo, que em alguma medida também eram e são ainda confundidos. Pode-se dizer, grosso modo, que o sanitarismo foi um movimento de cunho coletivo, que tem no desenvolvimento de políticas públicas globais, o caminho para a superação das doenças de um território. Para pensar o caso brasileiro, Lima e Hochman (1996, p. 23) destacam que, como o Brasil era considerado um país doente, nas primeiras décadas do século XX, os sanitaristas, ou melhor, o movimento de saneamento do Brasil, entendia que “[...] a redenção nacional demandava ações centralizadas, nacionais e tecnicamente autônomas [...]”, legitimando assim o papel do estado as estratégias em torno da saúde pública. O higienismo, por sua vez, está relacionado mais ao incentivo de práticas de higiene individuais, familiares, remete-se no âmbito global a partir do século XVIII, que, especialmente a partir da bacteriologia e da microbiologia, pode-se observar que cuidados pontuais poderiam sanar certas doenças e evitar outras. Daí se configura, como destaca Boarini (2003, p. 36): “[...] as grandes cruzadas em prol da higiene: higiene escolar, higiene social, puericultura, higiene mental, educação física, educação sanitária etc.”

Embora os pensamentos sanitarista e higienista tenham uma forma bastante consolidada no Brasil desde pelo menos meados do século XIX, na primeira metade do século XX a eugenia se desenvolve no Brasil abarcando ou cooptando as teses do higienismo e do sanitarismo, esse

⁵⁹ Para uma leitura mais geral desse processo ver: Tydén (2010).

⁶⁰ Essa posição da eugenia brasileira foi muito inspirada pelas viagens médicas desenvolvidas pelo interior do Brasil. Entre essas viagens podem ser destacadas as seguintes: LUTZ, Adolpho; MACHADO, Astrogildo. *Viajem pelo rio S. Francisco e por alguns dos seus afluentes entre Pirapora e Joazeiro*. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 7(1): 5-50, 1915; LUTZ, Adolpho; PENNA, Oswino Alvares. *Estudos sobre a schistosomatose, feitos no Norte do Brasil, por uma comissão do Instituto Oswaldo Cruz: relatório e notas de viagem*. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 10(1):83-94, 1918. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=289>

entrelaçamento acaba por dar substância a cada um deles. Como lembra Boarini (2003), no Brasil, o discurso higienista já está se desenvolvendo desde pelo menos as primeiras décadas do século XIX. O problema nunca foi necessariamente a defesa de melhorias, de ampliação da educação, de acesso à saúde, do combate às doenças, a questão se torna problemática quando se elege um grupo, com base em critérios racistas, para se dizer que são inferiores e devem ser, mesmo que supostamente educados e saudáveis, marginalizados. Paralelamente, ao lado do desenvolvimento em todo o campo científico, especialmente com as teorias evolucionistas como o darwinismo, a eugenia acabou por colonizar muitos desses saberes.

Diante desse cenário, essas duas percepções, a negativa, considerada mendeliana pelos seus signatários e que entendia que era preciso, por assim dizer, uma nova constituição biológica; a positiva, considerada de matriz neolamarckista⁶¹, dizia que os caracteres adquiridos eram repassados geneticamente, então educação e saúde adquiridos poderiam ser repassados. No caso brasileiro a segunda forma se sobrepôs à primeira. Ainda assim, não obstante às disputas internas, a força do movimento eugênico no Brasil pode ser evidenciada, por exemplo, por meio das instituições e entidades eugenistas ou vinculadas a ela, no Brasil: Sociedade Paulista de Eugenia (1918), Liga de Defesa Nacional, a Liga Pró-Saneamento do Brasil (1919) e a Liga Brasileira de Higiene Mental (1923). Em 1929 também foi realizado o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia. Nomes importantes da literatura, da medicina e outras áreas faziam parte do movimento: Renato Kehl, Edgar Roquette-Pinto, Belisário Penna, Miguel Couto, Heitor Carrilho, Fernando de Azevedo, Monteiro Lobato, entre outros. Nesse cenário de expansão também foram criados periódicos: Boletim de Eugenia, Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Boletim de Higiene Mental⁶².

Pelo caráter profundamente complexo da formação brasileira, a eugenia acabou tomando contornos outros em relação à eugenia praticada tanto na Europa quanto nos Estados Unidos (Diwan, 2007; Souza, 2019; Hochman, Lima, Maio, 2010). As duas perspectivas disputavam a eficácia de qual seria capaz de europeizar o Brasil. Nesse sentido, a miscigenação e o embranquecimento da nação poderia ser um meio para o melhoramento da população brasileira (Stepan, 2005; Diwan, 2007). Os principais cientistas brasileiros estão, no início do século XX, integralmente vinculados à pesquisa eugênica, ao desenvolvimento dos saberes e

⁶¹ Deve-se observar aqui que não estamos advogando ou ratificando que a genética mendeliana e mesmo o neolamarckismo fosse matriz da eugenia. O que estamos fazendo aqui é justamente apontando como os signatários da eugenia justificavam as suas ideais.

⁶² Para acessar os arquivos e obter maiores informações deve-se destacar o importante trabalho desenvolvido no GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisa em Higiene Mental e Eugenia, da Universidade Estadual do Maringá. No site do grupo pode-se acessar um grande número de arquivos: <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>.

práticas fundamentalmente associados a esse princípio. É somente a partir dessa perspectiva, menos radical e mais positiva, que as bases eugênicas no Brasil estiveram profundamente ligadas com os discursos de modernização, civilização e melhoramento da população (Diwan, 2007; Stepan, 2005; Souza, 2019). No Brasil, não é possível desvincular as chamadas medidas civilizatórias e modernizantes da eugenia, dado que essas ideias só começariam a serem enfraquecidas no debate público depois da derrocada nazista.

Deve-se acrescentar a esse conjunto de condições, que toda a forma de organização do pensamento também se encontrava alinhada a um controle efetivo da população⁶³ considerada degenerada. Nesse sentido, destaca Portocarrero:

O caráter social do conceito de hereditariedade faz o combate à mestiçagem aparecer sob uma roupagem de cientificidade. A mestiçagem será considerada negativa para a composição de uma sociedade civilizada em que os padrões do progresso não devem ser ameaçados pela geração de indivíduos suscetíveis de degeneração física e moral, consequência da união de raças diferentes, que ao se cruzarem os transmitem à descendência, formando raças mais fracas (Portocarrero, 2002, p. 53).

Considerando, como observamos, que a eugenia no Brasil se desenvolve de braços dados com o sanitarismo e com o higienismo, tem-se nessa nova ciência⁶⁴, a partir do conceito de hereditariedade, do combate às supostas degenerações que poderiam acometer as pessoas, uma espécie de liberação para continuar a busca por esse pretenso melhoramento da raça por meio das medidas sanitárias e higiênicas que eram vistas não só como modernas, mas também como um exemplo de progresso e combate à decadência. A finalidade seria a regeneração da nação.

Esse feito constituiu-se uma longa tradição segundo a qual era preciso civilizar a população para se produzir o melhoramento da raça e construir uma identidade para a nação. É sob essa perspectiva ambígua da raça e sua relação com a higiene que a eugenia se constitui no Brasil especialmente nesse primeiro momento, nas três primeiras décadas do século XX. Neste primeiro aspecto, o da raça. Os eugenistas eram defensores dos movimentos migratórios brancos, pois consideravam que esses grupos afetavam positivamente a realidade brasileira.

⁶³ A noção de governo da população tem como base aqui os trabalhos de Michel Foucault. É importante aqui demarcar um movimento segundo o qual as formas de controle que estavam centradas nos indivíduos (anatomo-política dos corpos) se passou para o controle e domínios de grupos e de populações (biopolítica). Ver Foucault (1987, 2008) bem como a síntese do como se desenvolve o conceito de biopolítica, no primeiro item do capítulo anterior.

⁶⁴ Não obstante as possibilidades de interpretação sobre o que é ou não ciência, estamos utilizando aqui a percepção do período, isto é, no contexto dessas primeiras décadas do século XX, a eugenia era considerada pela maior parte dos mais eminentes cientistas mundiais como uma ciência. Recebendo, inclusive, investimentos estatais para as pesquisas, como foi o caso do já mencionado laboratório *Cold Spring Harbor*, nos Estados Unidos.

Nesse sentido, como destaca Reis (2003, p. 187), não obstante diferenças entre os eugenistas, “[...] se algum consenso houve, foi em torno da crença racista do branqueamento da população”⁶⁵.

Os pensadores eugenistas estavam seguros de que o problema do Brasil era justamente a questão racial e que a solução era o embranquecimento da população, pois consideravam os brancos mais saudáveis e superiores. Esse movimento, como argumenta Souza (2019), ocorre no contexto de uma sociedade extremamente complexa desde a sua formação. Nessa formação social com os traços portugueses, indígenas e africanos escravizados, “[...] os intelectuais brasileiros entendiam que a eugenia poderia desempenhar um papel importante no processo de reforma da sociedade brasileira, o que lhes possibilitaria agir no sentido de retirar o país do apregoadado atraso racial e civilizacional” (Souza, 2019, p. 47). O progresso foi visto fundamentalmente pela ótica da purificação, do melhoramento e da regeneração raça, o que consistia basicamente em tentar embranquecer a população. Renato Kehl, por exemplo, defende copiosamente o processo de embranquecimento da nação brasileira:

Quando dissemos que não devemos facilitar ou fomentar certas imigrações, não nos referimos, absolutamente, a esta última [a nórdica] que Stoddard⁶⁶ considera “incapaz de se governar e de colaborar, efectivamente, na obra da civilização”. Referimo-nos, sim, às raças negra e asiática. Como já esclarecemos, somos contrários ao cruzamento da raça branca com a preta ou amarela, única e exclusivamente, por motivos eugênicos, sem outro qualquer motivo ou preconceito de superioridade ou inferioridade (Kehl, 2015, p.284)

Com o passar dos anos, a questão racial foi atrelada à questão ambiental, tendo em vista, não mais diretamente a raça, e sim às condições de abandono das pessoas. “De uma interpretação puramente racial dos problemas sociais, médicos e intelectuais migraram, com o passar dos anos e com o sucesso da medicalização para uma interpretação sanitária” (Diwan, 2007, p. 102). O grande exemplo desse movimento é a maneira como Monteiro Lobato muda sua tese sobre o Jeca tatu, de uma noção puramente hereditária para a análise baseada nos caracteres adquiridos:

⁶⁵ Stepan argumenta também no mesmo sentido: “Os poucos negros e índios puros remanescentes estavam desaparecendo, argumentavam os pensadores sociais, porque a seleção, tanto natural quanto social, trabalhava contra os tipos inferiores e porque as altas taxas mortalidade e a baixa reprodução entre eles diminuiram sua participação na população. Enquanto isso, os imigrantes brancos eram vistos como meio próprios para aumentar rapidamente a proporção de brancos, ao passo que os cruzamentos entre os mulatos e brancos e do fato de que muitos mulatos preferiam parceiros mais brancos que eles mesmos” (Stepan, 2005, p. 166).

⁶⁶ Lotroph Stoddard (1883-1950), eugenista e historiador estadunidense, foi um dos principais defensores da lei anti-imigração nos Estados Unidos. Um dos maiores defensores do racismo científico.

De inferior e inapto, o Jeca passou a vítima, a paciente esquecido por um governo omissivo e irresponsável. No entanto, essa interpretação é mais sofisticada e sutil do que parece. Lobato pertenceu ao grupo que posteriormente inocentou o Jeca Tatu, mas apesar dessa migração de pensamento, sanitaristas e eugenistas acreditavam que os caracteres indesejados, por exemplo, ligados a doenças ocasionadas pela falta de higiene, podiam ser transmitidos geração após geração (Diwan, 2007, p. 102).

Desloca-se de uma visão que colocaria a inferioridade no indivíduo, que não seria mais considerado um degenerado por si mesmo, para uma visão segundo a qual a degeneração ocorria porque o Estado havia abandonado a população.

Os intelectuais da campanha do saneamento rural aproximavam-se, assim, de uma tendência de crítica às teses de determinismo racial. Que se tornou mais visível com o debate sobre a afirmação da nacionalidade brasileira durante a Primeira Guerra Mundial. Influenciados pelas correntes de pensamento social do primeiro período republicano, não cumpriram apenas o papel de divulgadores de ideais preexistentes; trouxeram para o debate dois novos elementos: a ideia da doença como característica central do povo e a qualificação do isolamento do sertanejo, indicado por Euclides da Cunha, como um estado de abandono da população do interior pelos governos (Lima, Hochman, 1996, p. 27).

Observa-se que esse período eugenista no Brasil é muito complexo e carregado de nuances, de retornos, de contradições, entre elas uma ambivalência no próprio ideário sobre os chamados problemas do Brasil que transitou da condição biológica ao abandono principalmente dos povos que habitavam as regiões mais distantes das capitais.

Essa posição vai influenciar sobremaneira uma série de reflexões sobre a eugenia no Brasil, tendo como foco uma condição contrária aquela que se desenvolveu nos Estados Unidos muito mais extremada, o que não quer dizer que no Brasil não havia ávidos defensores dessa linha. Embora, no Brasil também existissem grupos alinhados aos eugenistas mais radicais, ligado à eugenia negativa, um dos principais nomes dessa corrente no Brasil é o de Renato Kehl, precursor dessas ideias em terras tupiniquins. A literatura sobre o tema nos mostra que um dos principais discursos que balizam a eugenia negativa no Brasil pode ser lido a partir da obra de Renato Kehl, um dos principais entusiastas e difusores do movimento. De modo geral, Kehl foi, desde o início, um representante da eugenia negativa, defensor de exame pré-nupcial, da esterilização e mesmo um admirador das medidas nazistas (Diwan, 2007; Silva, 2019).

Kehl foi o fundador da primeira sociedade de eugenia no Brasil, a Sociedade eugênica de São Paulo, em 1918. O médico defendia desde seus primeiros contatos com a eugenia a necessidade de procurar cientificamente uma resposta aos supostos problemas brasileiros. Essa resposta foi a eugenia, mais especificamente para ele, a eugenia negativa. Tanto que já nos primeiros movimentos de Kehl na Sociedade Eugênica os temas mais discutidos foram os mais

controversos: “[...] a consanguinidade, casamento entre indivíduos da mesma família, doenças hereditárias, esterilização, internação compulsória, constituição racial da população brasileira, entre outros, que ganhavam reverberação [...]” (Góes, 2021, p. 129) nos jornais da época.

Sendo um dos mais, senão o mais importante divulgador da eugenia no Brasil, segundo Diwan (2007) a história de Kehl se confunde com o desenvolvimento do saber que ele era adepto. Toda sua obra está profundamente relacionada com a defesa e o desenvolvimento das teorias eugênicas no Brasil. Sua posição mais radical era destacada, por isso mesmo insistia em superar essa relação entre eugenia e higienismo, tentado com frequência diferenciá-las.

É mister não confundir higiene com eugenia. Esta última ciência é mais exigente do que a primeira. Enquanto a higiene, como também a eutenia (saúde perfeita), têm por finalidades fazer com que as condições susceptíveis às influências do meio (fenotípicas) melhorem; a eugenia tem por objeto melhorar e corrigir as condições hereditárias (genotípicas), tanto dos indivíduos como das coletividades. De um modo figurado poderíamos dizer: a higiene cuida do corpo do indivíduo, enquanto a eugenia cuida, em especial, de suas células reprodutoras, isto é, de suas sementes. Ou, em outras palavras, a eugenia visa o plasma germinal, e a higiene, o seu suporte, o *soma* constituído pelas células corporais. Quem se preocupa, portanto, com o corpo, quem goza vida saudável, obedece a cuidados profiláticos e faz exercícios físicos, está se tratando higienicamente, não, porém, cuidando precipuamente das gerações futuras, principal fim visado pela Eugenia (Kehl, 1932, p. 80).

Como destaca Diwan, diferentemente da distinção realizada por Kehl, “Muitas vezes, os adeptos do eugenismo não faziam essa separação clara, e a posterior radicalização da eugenia brasileira denota do fato de a eugenia ser pensada por alguns somente sob seu aspecto positivo, ou seja, profilático” (Diwan, 2007, p. 126). Essa “confusão” destacada por Kehl sobre o que de fato seria a eugenia e sua recorrente defesa do que seria uma verdadeira eugenia se vincula ao modo como ele se radicalizou por meio de contatos com os eugenistas mais puritanos dos Estados Unidos e, também, da Alemanha. Em certos casos fazia defesa declarada das posições do Terceiro Reich e via nesses movimentos um modelo para transformar o Brasil. Como argumenta Souza:

Nas palavras de Renato Kehl, os empreendimentos científicos criados pelos eugenistas alemães, especialmente os ligados ao Instituto de Eugenia de Berlin⁶⁷, foram capazes de levar adiante “o estudo experimental de biologia racial e antropológica em todo Reich”, o que vinha contribuindo significativamente para transpor a “marcha da degeneração” e para conservar as qualidades do povo alemão. Em sua opinião, com a fundamentação científica de todas as questões que envolviam a eugenia, a antropologia, a higiene mental e a biologia racial, seria possível criar

⁶⁷ Além do Instituto de Berlin e do *Cold Spring Harbor*, outras instituições eugenistas se organizaram pelo mundo e outras financiaram suas ações. Entre as instituições está *American Breeders' Association* (KIMMELMAN, 1983). nos Estados Unidos e também a *Fundação Rockefeller*, uma das fundadoras de projetos eugênicos pelo mundo (Kobayashi, Faria, Costa, 2009).

também no Brasil as “condições preliminares mais necessárias à construção da cultura presente”, estimulando as autoridades políticas e intelectuais a voltarem suas atenções para a formação racial do país (Souza, 2017, p. 266-267).

Como se pode observar, a reflexão de Kehl, considerado principal eugenista brasileiro esteve também alinhada às formas mais extremadas de eugenia pelo mundo e defendeu entre outras coisas a esterilização de grupos de pessoas considerados degenerados, a proibição de casamentos inter-raciais, o exame pré-nupcial.

Em síntese, pode-se dizer que a eugenia à brasileira se apresentava da seguinte maneira: dadas as inúmeras contradições com a própria construção racial do Brasil a eugenia negativa não teve muitos adeptos, embora a influência de Kehl fosse muito forte. Os médicos, sanitaristas, políticos e parte da intelectualidade brasileira se alinhava muito fortemente com um higienismo eugênico, pois, mesmo entendendo que certos grupos eram degenerados hereditariamente, supostamente se deslocava de um primeiro plano da raça e focava muito mais nas condições sociais e na ausência dos mecanismos civilizatórios que poderiam melhorar o país. Kehl não era um caso isolado, pois, de modo geral as pessoas ligadas ao campo da saúde, em especial os médicos, principalmente os inspirados e influenciados pelo

[...] viés eugênico acreditavam que as doenças e a pobreza teriam de ser solucionadas por meio de uma política ancorada nos preceitos da eugenia, que chegava ao Brasil no período da primeira República, ainda de maneira embrionária, mas já fortalecida pelo *status* de ciência para enfrentar a realidade da pobreza brasileira (Góes, 2021, p. 128).

Tal interpretação será decisiva também para o campo psiquiátrico que, desde o tratado de Morel, o mais explícito resultado da degeneração seria a degeneração moral e mental das pessoas. Nos termos de Morel, essa formação de grupos degenerados estava associada fundamentalmente à herança e ao atavismo⁶⁸. Já com Morel esses mecanismos de herança acabaram por impor um tipo de representação muito sistemática e influenciou sobremaneira a

⁶⁸ O atavismo é, como argumenta Reggiani (2019), uma espécie de herança que não seria passada diretamente para os descendentes, e sim poderia aparecer caracteres em duas ou três gerações. “Si los seres humanos, independientemente de su raza o cultura, eran todos descendientes de los simios, cabía entonces la posibilidad de que algunas características físicas o mentales de estadios evolutivos anteriores pudieran legarse a generaciones posteriores y reaparecer en descendientes modernos y civilizados. Los biólogos del siglo xix llamaron a este fenómeno “atavismo” (del latín, atavus, “antepasado remoto”) y aunque sabían que sus manifestaciones más extremas eran algo excesivamente raro, subsistía la duda de qué ocurriría si ciertas condiciones específicas hicieran aflorar esos rasgos “perdidos” que se mantenían latentes en lo más profundo del individuo, sin que éste ni nadie pudieran anticiparlos” (Reggiani, 2019, p. 62). Essa teoria foi utilizada, por exemplo, por Cesare Lombroso, criminologista italiano que fez dessa possibilidade o elemento fundamental para sustentar sua teoria criminológica. “El médico italiano estaba convencido de que el criminal era el salvaje atávico de la civilización moderna, y para demostrarlo se valió de la población ‘cautiva’ de las cárceles, manicomios y guarniciones militares a la cual los expertos médicos utilizaban para sus investigaciones” (Reggiani, 2019, p. 63).

forma como a psiquiatria moderna ia se organizar⁶⁹. De tal maneira, que no decorrer dos estudos psiquiátricos clássicos e modernos, especialmente no século XX, foi-se ampliando a forma de abordagem, atrelando-se às questões do contexto social.

A teoria da degenerescência e o atavismo abrem o discurso da psiquiatria para um novo campo de pesquisa: os degenerados de toda espécie, mesmo não alienados, para os quais deve-se montar um amplo sistema social. A teoria psiquiátrica se alarga, lançando-se ao mesmo tempo no saber da medicina geral, devido a suas tendências organicistas, e no saber sociogenético, ao estabelecer novos fundamentos para a relação entre doença mental e sociedade (Portocarrero, 2002, p. 52).

Nesse contexto, uma das questões centrais foi pensar sobre a relação entre a degeneração e a loucura. É no interior dessas tensões, dessas disputas e contradições, que se pode observar relações entre a eugenia e a psiquiatria e o papel deles no combate aos chamados loucos, alienados. Eis os principais psiquiatras eugenistas: Gustavo Riedel, Ernani Lopes, Juliano Moreira, Pacheco e Silva, Alberto Farani, Ignácio Cunha Lopes, Henrique Roxo e Antonio Austregésilo.

Uma vez que principalmente a degeneração era acolhida pela maior parte dos psiquiatras, mais o campo se ampliava para novas hipóteses de diagnóstico. Nesse contexto de ampliação das formas de atuação do saber-poder psiquiátrico se estabeleceram de maneira mais acentuada a partir de nomes como o de Emil Kraepelin, um dos principais nomes da psiquiatria do século XX, que ainda hoje inspira pesquisadores, sob uma suposta perspectiva geneticista e organicista para tentar explicar a loucura. Como destaca Caponi (2012) o trabalho de Emil Kraepelin pretende mostrar que a degeneração afeta também pequenos grupos acometidos por degenerações menos severas, logo, se ampliaria o número de diagnósticos. Desse modo, não somente os considerados doentes mentais, mas todo tipo de pessoas e grupos considerados anormais, também caíram na malha do poder psiquiátrico.

Segundo Foucault (2010) os anormais são um grande grupo que surgiu no final do século XIX, no interior de uma série de transformações no campo psiquiátrico:

A grande família indefinida e confusa dos ‘anormais’, que amedrontará o fim do século XIX, não assinala apenas uma fase de incerteza ou um episódio um tanto infeliz na história da psicopatologia; ela foi formada pela correlação com um conjunto de instituições de controle, toda uma série de mecanismos de vigilância e de distribuição; e quando tiver sido quase inteiramente coberta pela categoria de ‘degeneração’, dará lugar a elucubrações teóricas ridículas, mas com efeitos duradouramente reais (Foucault, 2010, p. 285).

⁶⁹ Como argumenta Foucault (2019) a psiquiatria moderna se organizaria em torno de conceitos, de ações humanas, embora representasse essa construção como a descoberta de coisas da natureza, isto é, como se os psiquiatras tivessem descoberto a natureza orgânica da loucura.

Mais do que o surgimento, Foucault apresentou de certa maneira as possibilidades segundo as quais essa terminologia, que define um grupo, poderia seguir na sua função de fornecer elementos para uma ampliação do campo psiquiátrico. Como destaquei em outra obra (Rego Santos, 2020) a ampliação da atuação psiquiátrica a partir de Kraepelin não significou maior capacidade de diagnosticar, ou mesmo, maior efetividade em aplicar os supostos elementos científicos. Ao contrário, o que está em questão é uma ampliação das condições morais para representar quem é ou não anormal. Com o organicismo de Kraepelin, a psiquiatria passou a se considerar um campo efetivamente biológico e orgânico no que diz respeito às causas e sintomas.

Com essa nova proposta supostamente mais empírica, com novas categorias, a psiquiatria e os psiquiatras passaram a ter uma linguagem comum, uma linguagem criada com o intuito de ser universal para todos os sofrimentos mentais humanos. Segundo Decker (2007) não se pode reduzir o empreendimento de Kraepelin somente a uma nova forma de linguagem para a psiquiatria. Embora essa tenha sido uma questão fundamental, deve-se entender que ele também foi portador de uma espécie de obsessão pelo experimento, o que o levou para uma fronteira além da linguagem da padronização em psiquiatria. “O legado kraepeliniano para a psiquiatria moderna inclui sua distinção entre demência precoce e a moderna doença maniaco-depressiva e a separação entre o saudável e o doente. No entanto, no final de sua vida Kraepelin regularmente dizia que não havia nada sobre sua nosologia, que poderia muito bem mudar no futuro⁷⁰” (Decker, 2007, p. 340-341). Todavia, não se tratava de ciência, ou melhor, era uma forma de a ciência ser ajustada a certas posições morais, a certos condicionamentos políticos. Nesse cenário, a eugenia continua a ser o elemento de base, especialmente a partir das contribuições das redes intelectuais que se estabelecem em todo o mundo. Especialmente depois da Primeira Guerra Mundial, mesmo que ainda existisse um debate efervescente entre os defensores do determinismo biológico e os defensores de um certo protecionismo social, o ideário eugenista permanecia forte. Nesse contexto, a eugenia passou a ser um elemento que poderia ajudar a estruturar os estados, tendo como base uma perspectiva de sociedade cuja premissa era de uma sociedade idealizada. “Em meio à política de guerra, eles passaram a prestar mais apoio aos médicos e eugenistas, fortalecendo a propaganda eugênica e a

⁷⁰ No original: The Kraepelinian legacy to modern psychiatry included his distinction between dementia praecox to modern manic-depressive illness and the separation of the healthy and ill. However, towards the end of his life he regularly said there was nothing about his nosology, which might very well change in the future” (Decker, 2007, p. 340-341).

intervenção na esfera privada, em temas como casamento e as doenças venéreas. A eugenia entrava de vez na pauta da modernização dos Estados” (Muñoz, 2015, p. 133). Como destaca também Engel:

A década de 20 do século XX marcaria a ampliação e o aprofundamento da influência dos princípios eugênicos no âmbito da psiquiatria brasileira, que, sem romper com os referenciais organicistas, passaria a caracterizar-se, cada vez mais, pela presença de perspectivas preventistas. As novas diretrizes que norteariam o pensamento e a ação dos psiquiatras brasileiros implicariam redefinições dos meios de controle da doença mental levando, em última análise, a uma significativa ampliação dos campos de atuação/ intervenção do psiquiatra (Engel, 2001, p. 175)

É justamente no intuito de estabelecer esse procedimento normalizador que a relação entre a psiquiatria e a eugenia se mostrou tão fecundo para os seus signatários. Como demonstra Caponi (2012), mesmo que se tenha tentado uma explicação nosológica, tal aspecto sempre esteve vinculado aos elementos morais, isto é, ao tratamento moral. Daí resulta-se numa ampliação do alcance da psiquiatria.

A ampliação da teoria da degeneração às doenças mentais foi a estratégia discursiva que permitiu que os mais variados fatos e condutas pudessem ingressar no âmbito da psiquiatria. Podemos dizer que, a partir desse momento, começou a ser construído esse solo epistemológico que possibilitou a criação e a posterior consolidação de uma psiquiatria ampliada, que ainda hoje parece obcecada em classificar e patologizar os mais variados comportamentos (Caponi, 2012, p. 97).

Caponi (2012) destaca que a psiquiatria se utilizou da teoria da degeneração para ampliar e consolidar as bases de uma ampliação das formas de classificar e patologizar. Além disso, a partir dessa estratégia ela também estabeleceu uma forma científica de comunicar quais seriam os corpos, os comportamentos normais e anormais. Por mais que o campo psiquiátrico tenha procurado meios para se estabelecer como uma ciência médica que tem sua doença, não se desvinculou da moralidade e do comportamento para combater a loucura. Em sentido semelhante, comenta Engel que: “As estratégias profiláticas de controle da doença mental difundidas, sobretudo, a partir dos anos 20 do século XX, sob a égide dos princípios eugênicos propalados pelos defensores de uma política de higiene mental[...]” (Engel, 2001, p. 309). Desse modo, tais princípios atendiam a objetivos: “de um lado, ampliar os mecanismos de identificação dos que deveriam ser imediatamente internados e, de outro, estender os tentáculos do poder do psiquiatra para muito além dos limites do mundo asilar, tal como sonharam os alienistas do século XIX” (Engel, 2001, p. 309). Mais do que isso:

Sob seu olhar perscrutador não estariam mais apenas os suspeitos de alienação ou os alienados considerados perigosos, conduzidos de um modo ou de outro para o interior do hospício. Situado nas fronteiras do mundo asilar, o serviço ambulatorial, assumindo feições de autêntico laboratório de observação, transformava os mais “inóxios” psicopatas em objeto de atentas investigações, em cobaias humanas utilizadas para viabilizar e sustentar pesquisas, cujo sentido e implicações políticas encontravam-se expressos em uma de suas finalidades básicas: conferir foros de verdade científica a pressupostos, a avaliações e a intenções altamente discriminadoras e excludentes (Engel, 2001, p. 309)

Foi justamente nesse contexto que foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, cujo primeiro presidente foi o psiquiatra Gustavo Riedel⁷¹, a Liga era composta por eugenistas que cada vez mais ganhavam força e protagonismo, uma vez que as questões mentais eram um dos principais focos de combate dos eugenistas, desde suas origens. Entre os membros encontrava-se à época não os intelectuais e cientistas, mas, também pessoas nos mais altos níveis do escalão governamental, além do próprio presidente de república, como se pode observar na imagem a seguir:

Figura 3: Membros Honorários da Liga Brasileira de Higiene Mental

MEMBROS HONORARIOS	
Presidente da Republica.....	Dr. Arthur Bernardes.
Ministro das Relações Exteriores.....	Dr. Felix Pacheco.
Ministro do Interior e Justiça.....	Dr. João Luiz Alves.
Ministro do Supremo Tribunal Federal.....	Dr. Pires e Albuquerque.
Senador	Conde de Frontin.
Senador	Dr. José Euzébio.
Deputado	Dr. Carlos Maximiliano.
Deputado	Dr. Clementino Fraga.
Prefeito do Districto Federal.....	Dr. Alair Prata.
Conselho Municipal.....	Dr. Cesario de Mello.
Conselho Municipal.....	Dr. Mario Piragibe.
Representante do Funcionalismo Público	Dr. Pereira Junior.
Representante da Industria e Comercio	Dr. Guilherme Gulnle.
Representante da Industria e Comercio	Affonso Vizeu.
Representante da Industria e Comercio	Antonio Gomes Pereira.

Fonte: Arquivo Brasileiro de Higiene Mental, V. 1, p. 229.

⁷¹ Segundo Piccini (2008): “Gustavo Riedel era gaúcho, natural de Porto Alegre. Seu pai, Dr. Henrique Riedel, era dentista e professor da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Sua mãe se chamava Hermínia Kohler. O pai dela, Sr. Hermínio Kohler, era pessoa de posses e muito facilitou a vida do neto que não teve que enfrentar as agruras de ser um estudante pobre. Desde pequeno se mostrava um estudante esforçado e inteligente. Entrou para a Faculdade de Medicina de Porto Alegre e lá fez os quatro primeiros anos. Com o patrocínio do avô, em fevereiro de 1907, resolveu ir para o Rio de Janeiro, onde concluiu seus estudos de Medicina”. Entre os seus principais feitos estão: Em 1925 criou o Laboratório de Pesquisas Psicológicas e convidou o Dr. Waclaw Radeki para dirigi-lo. Em março de 1925 é publicado o número I dos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, Órgão Oficial da Liga Brasileira de Hygiene Mental, presidida por Gustavo Riedel”

O estatuto da Liga foi exposto também no volume 1 do Arquivo Brasileiro de Higiene Mental, periódico da Liga. Nos dois primeiros artigos podem ser lidas 4 finalidades:

a) Prevenção das doenças nervosas e mentaes pela observância dos princípios de hygiene geral e especial do systema nervoso; b) proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentaes passíveis de internação; c) melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentaes em asylos públicos, particulares ou fora deles; d) realização de um programma de Hygiene Mental e de Eugenetica no do domínio das actividades individual, escolar, profissional e social (Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental, p. 223).

O artigo segundo traz os seguintes objetivos da Liga:

a) Atua junto aos poderes públicos federaes, estadoaes e municipaes, sugerindo medidas e obtendo realizações; b) propagar as moderas ideias sobre prophylaxia mental; c) estudar todos os problemas relativos à hygiene do systema nervoso; d) publicar periodicamente os seus trabalhos em revista por ella mantida; e) promover a realização de Congressos de Hygiene Mental e de Eugenetica; f) manter relações com associações nacionais e estrangeiras; instalar em sua sede social, um biblioteca relativa à hy[giene] mental e sciencias afins, franqueando-a a todos os interessados (Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental, p. 223-224).

A Liga Brasileira de Higiene Mental é uma das instituições mais consolidadas para a defesa da eugenia no Brasil, tendo como princípio básico o combate aos chamados desenredos mentais, com foco justamente em combater os grupos de anormais, os grupos considerados inferiores e, também, aqueles que supostamente não contribuía para o desenvolvimento da sociedade capitalista que se estabelecia. Como argumenta Jurandir Freire Costa (2007) a psiquiatria e a eugenia se desenvolveram no Brasil, efetivamente porque uma das premissas da eugenia era se livrar dos chamados débeis mentais. Neste trabalho pioneiro à época de sua publicação, Costa (2007) demonstra que para a LBHM seria preciso estabelecer uma série de critérios racistas e xenofóbicos para livrar o Brasil dos chamados venenos sociais, que seriam proliferados pelos pretos e pobres e acabariam desembocando sistematicamente nas chamadas doenças mentais. Nessa perspectiva a Liga era uma espécie também de propagandista: “Essas ideias são propugnadas pelos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental, que tomaram o modelo conceitual organicista para fundamentar a proposta preventiva da psiquiatria do século XX” (Portocarrero, 2002, p. 53).

A Liga representava no Brasil essa relação intrínseca entre a eugenia e os psiquiatras mais influentes no campo social e político, de tal modo que, ainda em 1923, foi reconhecida por decreto federal uma entidade de utilidade pública (Decreto 4.778, de 27/12/1923). Para os signatários da Liga havia somente uma proposta sobre como deveria agir a psiquiatria: ampliar seu campo de atuação para poder chegar a mais famílias e mais pessoas, logo ampliar os grupos

os quais combater, dado que uma das justificativas da relação entre psiquiatria e eugenia no Brasil era a hereditariedade e “[...] a extraordinária preocupação de seus psiquiatras com os perigos que a doença mental e a ‘patologia’ dos pobres – crime, delinquência e prostituição – representavam para a sociedade” (Stepan, 2004, p. 343).

Mais enfático Costa (2007, p.20) destaca que: “Todo corpo teórico da psiquiatria organicista caucionava as esperanças dos eugenistas”. Essa perspectiva se justificava no período por que o conjunto das chamadas doenças mentais era considerado fruto da hereditariedade. “Se a doença mental era transmitida hereditariamente, a única prevenção logicamente possível era o extermínio físico ou a esterilização sexual dos indivíduos doentes. O espaço teórico da época não permitia a formulação de outra ideia de prevenção que não fosse essa” (Costa, 2007, p.20). Além do mais, Costa (2007) não se omite de explicitar de que efetivamente se tratava para o campo psiquiátrico:

Não é difícil imaginar que, a partir daquele momento, transfiguraram-se as relações do psiquiatra com o seu saber. Não se tratava mais do saber sobre a doença mental. O psiquiatra tinha que dominar a loucura a qualquer preço. O louco era, por excelência, aquele que resistia à normalização. O louco representa – e era – a realidade que feria incomodamente a ilusão narcísica do psiquiatra. A psiquiatria tornou-se um campo de batalha e não de conhecimento. A loucura resistia à psiquiatria, que tentava domesticá-la por todos os meios (Costa, 2007, p. 23).

É nesse contexto que a relação entre eugenia e psiquiatria se estabelecia, dado que não bastava apenas a preocupação racial em relação ao povo negro, mas também se buscava um certo aprimoramento dos brancos, que deveria ser feito por meio da propaganda das mais diversas por meio de formações. Era uma frente ampla a qual os eugenistas e psiquiatras queriam alcançar, não se limitando apenas aos espaços de encerramento dos loucos. Por isso a tentativa de atingir espaços não asilares, como as escolas, os meios profissionais e sociais, como um meio de tentar prevenir. Nesse sentido, Reis (1994) destaca ainda: “Particularmente em relação aos que se dedicavam à especialidade psiquiátrica, a preocupação com o tema do melhoramento racial se agravava [...]” (Reis, 1994, p. 61). Esse agravamento da percepção tinha como base a forte “[...] convicção existente de que a proporção de doentes mentais era mais alta entre as ‘estirpes inferiores’, o que, de todo modo, não seria problema se o número de nascimentos entre as “camadas superiores” não estivesse em declínio em relação àquelas” (Reis, 1994, p. 61). Diante dessa convicção, sem base na realidade, os psiquiatras eugenistas entendiam: “A prosseguir assim, nenhuma dúvida: estava traçado o caminho para o ‘abastardamento mental’ da espécie humana” (Reis, 1994, p. 61).

Para a consolidação dessa relação, alguns nomes foram fundamentalmente importantes no caso brasileiro. Juliano Moreira e Nina Rodrigues⁷², por exemplo, se mostraram como expoentes e defensores do combate à loucura como um elemento fundamental para a constituição de uma sociedade eugênica. No caso do primeiro, foi um dos principais interlocutores no Brasil do já mencionado Kraepelin, embora tenha se adaptado para a realidade dos brasileiros. O Brasil foi um campo aberto para o desenvolvimento de inúmeras posturas em defesa da eugenia como meio para “purificar” a população.

Juliano Moreira foi um dos mais importantes psiquiatras brasileiros da primeira metade do século XX. Nascido em Salvador, negro, pode-se dizer que revolucionou o pensamento psiquiatra brasileiro justamente porque foi a partir dele que a nosologia de Kraepelin foi se instalando no Brasil. Segundo Portocarrero (2002, p. 65): “O trabalho teórico de Juliano Moreira denota o ideal científico do final do século XIX, que se estende até o nosso século, de fazer o discurso da medicina clínica penetrar o conhecimento sobre a loucura”. Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) é também um médico oriundo da Bahia e que esteve muito vinculado à chamada escola tropicalista. Segundo Pereira (2022, p. 21):

[...] é um autor importante quando tencionamos trabalhar as relações estabelecidas entre ciência e sociedade no Brasil do século XIX, sobretudo se levarmos em consideração que tanto historiadores quanto memorialistas da medicina atribuem a ele um papel de destaque na constituição da especialidade médico legal no Brasil, como prática e disciplina científica.

Assim como Juliano Moreira, Nina Rodrigues compõe o importante quadro dos médicos baianos na história da medicina e da psiquiatria brasileira daquele período.

Como se pode observar, em função da estrutura social e da formação da população brasileira, a eugenia e a psiquiatria tinham como escopo justamente o combate aos loucos e boa parte desses loucos eram negros e pobres. Segundo esse imaginário a loucura e a pobreza estavam totalmente alinhadas, ou melhor, havia uma espécie de pertencimento de classe daqueles a quem a loucura acometia. Essa percepção dos psiquiatras era justificada por eles a partir da teoria da degeneração por meio da questão hereditária, que acabava por atribuir à

⁷² Um dos elementos fundamentais era justamente combater os grupos de anormais, os grupos considerados inferiores e, também, aqueles que supostamente não contribuíam para o desenvolvimento da sociedade capitalista que se estabelecia. Para a consolidação dessa relação, alguns nomes foram fundamentalmente importantes no caso brasileiro. Juliano Moreira e Nina Rodrigues, por exemplo, se mostraram como expoentes e defensores do combate à loucura como um elemento fundamental para a constituição de uma sociedade eugênica. No caso do primeiro, foi um dos principais interlocutores no Brasil do já mencionado Kraepelin, embora tenha se adaptado para a realidade dos brasileiros. O Brasil foi um campo aberto para o desenvolvimento de inúmeras posturas em defesa da eugenia como meio para “purificar” a população.

loucura a denominação de patologia dos pobres e o consequente combate aos pobres e a busca incessante de que esses grupos não se reproduzissem. Nesse sentido, havia inúmeras formas de se conter esse crescimento. Segundo Góes (2021) essas formas de controle e proibição não eram necessariamente novas, pois permeavam a sociedade capitalista desde sua forma clássica. “De acordo com a história do movimento eugenista, no Brasil a sua prática se desenvolveu a partir dos anseios das classes burguesas brasileiras e, em comparação com os países de capitalismo clássico, os quais encamparam as suas políticas eugênicas, aqui não houve leis de esterilização, de segregação racial e etc.” (Góes, 2021, p. 142). Não obstante certos dispositivos não tenham sido efetivados institucionalmente, os movimentos teóricos acabaram por influenciar num processamento de um projeto de embranquecimento da população alinhado com o combate à pobreza. Nessa perspectiva, “[...] o impedimento de procriação, a segregação, a criminalização e letalidade foram uma das práticas decorrentes que se podem considerar como expressão do eugenismo” (Góes, 2021, p. 142).

Diante disso, observa-se que mesmo não se tendo oficialmente dispositivos e tecnologias que regulamentassem as práticas eugênicas mais radicais, ou que pelo menos se utilizasse dos meios oficiais para constituir uma espécie de sociedade de eugeniização radical por meio, por exemplo, do uso dos exames pré-nupciais, isso não nega a existência da defesa dessas ações como já mencionamos anteriormente. Esses movimentos foram sendo realizados por meio de um discurso supostamente mais ameno, com base na chamada eugenia positiva, neolamarckista possuem como pressuposto uma posição de melhoramento do povo por meio educação, do suposto cuidado com a higiene e com as condições sanitárias. Contudo, esse discurso era mesmo mais ameno? As práticas propostas eram menos violentas? Diante das fontes, mesmo pretendendo ser uma eugenia positiva, mais “suave”,

[...] o que se verificou foram às práticas de eugenia negativa, considerando a quantidade de pessoas que foram empurradas aos manicômios, a segregação dos grupos sociais nos bairros distantes das regiões centrais, onde se concentravam as melhores condições de vida, desde saneamento básico, acesso à educação e outras políticas e etc. Estes são os traços que se devem conceber como ações eugênicas à brasileira (Góes, 2021, p. 142).

É no interior dessas relações políticas e científicas que o ideário eugenista se estabeleceu no Brasil como sendo aquele capaz de incentivar e promover ações para construir um pretenso

projeto de melhoramento da população, seja pelo viés da força, seja ainda por meios culturais, como pela educação. Como destaca o historiador Aguilar Filho (2011)⁷³

A “eugenia” como instrumento “higienizador” da sociedade revelou-se estratégia poderosa na manutenção de um status quo ameaçado. A República de diferentes cidadanias, com diferentes graus de cerceamentos seria garantida pelo “aprimoramento das raças”, pela implantação de leis e repressões voltadas à regulação comportamental e pela construção de uma “consciência eugênica e higiênica”. A justificativa de que a “eugenia” era a defesa do Bem Comum e da Coisa Pública foi argumento sistematicamente encontrado entre os legisladores da Assembléia Constituinte de 1933-34, principalmente na bancada eugenista por Miguel Couto (Aguilar Filho, 2011, p. 29).

Aguilar Filho destaca que a eugenia, como instrumento de higienização e pretensa purificação da sociedade, servia também como um dispositivo para manter e reestruturar o *status quo*, ou seja, para manter e reproduzir as formas de dominação e exclusão daquela sociedade. A eugenia, contudo, fazia isso a partir de uma perspectiva, à época, considerada científica. O autor destaca que esse ideário se consolidou a partir da inserção dessa perspectiva no documento mais importante da nação, a constituição Federal, por meio da bancada e do *lobby* eugenista que era encabeçado por Miguel Couto⁷⁴. A constituição de 1934 destacada acima sintetiza o ideário eugenista e registra trechos explícitos sobre educação eugênica e sobre quais povos seriam aceitos no Brasil. Observe-se os trechos das cartas magnas a seguir:

Art 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar; b) estimular a educação eugênica; c) amparar a maternidade e a infância; d) socorrer as famílias de prole numerosa; e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos social (Brasil, 1934).

Pode-se observar que há inicialmente uma certa preocupação filantrópica com os desvalidos, pensando em espaços para colocar essa população, como asilos, leprosários e mesmo a cadeia. Em seguida há uma menção direta sobre a perspectiva eugênica, que se trata justamente da educação. A educação eugênica consistia em fazer com existisse a

⁷³ Esta tese é a base do documentário *Menino 23*, que mostra como as práticas nazistas estavam presentes no início do século XX no Brasil. O documentário pode ser assistido em: <https://www.youtube.com/watch?v=7wHNxOohoPA>

⁷⁴ Sobre Miguel Couto, nos itens posteriores falarei de maneira mais sistemática, uma vez que, parece ser o momento mais oportuno, uma vez que é citado algumas vezes nos discursos durante a inauguração do *Adauto Botelho de Goiânia*.

conscientização sobre o casamento ou mesmo difundindo um ideal segundo o qual a população branca seria melhor preparada biologicamente que as outras. Acrescente-se a isso a preocupação com a infância e com a maternidade que é cara também aos grupos eugenistas, como já destacamos anteriormente. Finalmente, como não poderia faltar, o destaque acerca das questões mentais. De modo mais indireto, ainda nessa mesma Constituição, no Artigo 121 destaca-se a questão dos imigrantes⁷⁵ nos seguintes termos:

§ 6º - A entrada de imigrantes no território nacional sofrerá as restrições necessárias à garantia da integração étnica e capacidade física e civil do imigrante, não podendo, porém, a corrente imigratória de cada país exceder, anualmente, o limite de dois por cento sobre o número total dos respectivos nacionais fixados no Brasil durante os últimos cinquenta anos. § 7º - É vedada a concentração de imigrantes em qualquer ponto do território da União, devendo a lei regular a seleção, localização e assimilação do alienígena (Brasil, 1934).

Por mais que não seja dito de maneira explícita, a imigração mais aceitável no Brasil do período era justamente dos povos europeus, preferencialmente, dos países centrais. Era a partir desse critério que os povos estrangeiros que chegavam ao Brasil eram aceitos ou não. Ademais, cumpre observar que o ideário eugenista não se resume à Constituição de 1934. Na carta magna de 1937 há uma menção indireta, no artigo 131, sobre o papel educação física na consolidação de uma sociedade dita saudável: “Art 131 - A educação física, o ensino cívico e o de trabalhos manuais serão obrigatórios em todas as escolas primárias, normais e secundárias, não podendo nenhuma escola de qualquer desses graus ser autorizada ou reconhecida sem que satisfaça aquela exigência” (Brasil, 1937). A educação física e a virilidade eram um atributo que os eugenistas entendiam ser fundamentais para a população, pois, ainda sob uma perspectiva lamarckista, entendia-se que os atributos físicos adquiridos poderiam ser repassados para a prole (cf. Marques, 2013; Camargo, 2010).

Seja na primeira metade do século XX, ou ainda no final do século passado, ou mesmo no início do atual, ao que parece as práticas eugênicas ainda estão se organizando e se sofisticando na sociedade. Com a ascensão do neoliberalismo, certas práticas vão ficando mais implícitas, sendo ativadas pela burguesia financista sempre que necessário para a manutenção do *status quo*. Nessa perspectiva, a questão biopolítica vai se ampliando para além da questão racial, como já observara Foucault, embora a questão racial esteja efetivamente ligada aos rumos do governo da população. Nessa mesma perspectiva, pode-se dizer que

⁷⁵ No contexto da produção da legislação de imigração, Renato Kehl e Roquette-Pinto fizeram parte de uma comissão presidida por Oliveira Viana. Segundo narra Souza (2019), foi nesse contexto que as diferenças entre ambos se aprofundaram, pois, Kehl era muito mais extremista em relação aos imigrantes, enquanto Roquette-Pinto, entendia que a miscigenação poderia ser positiva, uma vez que, na sua perspectiva, embranqueceria o país.

Os estudos e as estratégias eugênicas são o que melhor define as características dessa biopolítica da população que, ao mesmo tempo em que se propõe o melhoramento da raça e da espécie, parece precisar da construção de corpos sem direitos que se configuram como simples vida nua, vida que se mantém nas margens das relações de poder, vida que pode ser submetida e até aniquilada (Caponi, 2009, p. 532).

É nesse contexto complexo e ambíguo que as instituições psiquiátricas seguiram o caminho da institucionalização e de espaço público para a efetivação da psiquiatria como saber médico, com autoridade de dizer quem devia ou não ser institucionalizado, internado. É, portanto, como resultado desse processo de difusão do ideal de higiene mental, que entre 1937 e 1940 é realizado um estudo pelo SNDM que viabilizará, a partir da década de 1940, uma série de investimentos passarão a ser feitos e começarão a serem erguidos os hospitais psiquiátricos. Segundo Braga e Venâncio (2017), a partir da Seção de Cooperação do SNDM começou a existir uma política de maior ampliação da gestão, nos seguintes itens: “Elaboração de pesquisas e investigações sobre a incidência e a profilaxia das doenças mentais; divulgação de novas aquisições científicas; apoio os órgãos de divulgação de higiene mental; organização dos ambulatórios de higiene mental (AHM) em todo o Brasil” (Braga, Venâncio, 2017, p. 91). Os autores destacam ainda que esse processo de modernização da assistência psiquiátrica não superou integralmente as instituições, condutoras da psiquiatria nas décadas anteriores. De tal modo, que uma das preocupações centrais foi a manutenção e ampliação “[...] da difusão de prática consideradas de higiene, graças à atenção nos ambulatórios [...]” (Braga, Venâncio, 2017, p. 91).

Na liderança desses processos estava o psiquiatra *Adauto Junqueira Botelho* que além de ser, senão o idealizado, foi quem teve o estofado para fazer desse projeto uma política de estado, de tal modo que seu nome aparecerá no pórtico de cinco instituições.

2.2 Os *Adautos Botelhos*: psiquiatrização social no Brasil

Compreender a história da institucionalização da psiquiatria no Brasil exige reconhecer a importância não só das instituições chamadas de Adauto Botelho, mas também entender, mesmo brevemente, a importância do psiquiatra Adauto Junqueira Botelho nesse processo. Antes de avançar para a sua importância na estruturação da psiquiatria no Brasil, é preciso observar as relações íntimas de Adauto Junqueira Botelho com os eugenistas, especialmente com o campo da chamada higiene mental. Nascido em 12 de maio de 1885 na cidade de Leopoldina, MG, faleceu em 04 de fevereiro de 1963.

Estudou na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil onde recebeu o diploma em 1917. Desempenhou papel excepcionalmente importante na psiquiatria nacional, atuando em seus setores principais; na vida universitária, na administração psiquiátrica e na clínica pública e privada. Seu interesse pela psiquiatria começou a surgir a partir do quarto ano do curso, quando passou a estagiar no Hospital Nacional de Alienados. Entre outros cargos, trabalhou de interno do HNA a Diretor Geral do Hospital. Como psiquiatra clínico, atendia também no seu consultório particular, além de ser um dos fundadores do Sanatório Botafogo, em 1921, que se tornou famoso na assistência aos doentes mentais em nível privado. Na área de ensino médico, foi assistente, chefe de laboratório e de clínica e substituto eventual do Prof. Roxo no Instituto de Psicopatologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Também foi docente Livre pela mesma faculdade. Em 1956 assumiu interinamente a cátedra após a aposentadoria compulsória de Maurício de Medeiros, na última fase da Assinatura 12/05/1895 – 04/02/1963 Filiação: Maria de Nazareth Junqueira Botelho e Francisco de Andrade Botelho 2 existência na Cátedra da Faculdade de Ciências Médicas do Distrito Federal. Mas sua maior importância foi, sem dúvida, seu desempenho junto à Assistência. Em 1937 tornou-se diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (SAP). Em 1939, substituiu Pires na Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP), transformada, em 1941, no Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), ocupando o cargo de diretor até 1954⁷⁶

Além de vice-presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental, Adauto Botelho escrevia frequentemente em periódicos da Liga ou vinculados a ela. Nos volumes de 1944 dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, ele escreve dois trabalhos: *Considerações sobre higiene mental e Alcoolismo e doença mental*. Nesses dois trabalhos ele destaca aquela que seria a principal causa das doenças mentais, a degeneração. Começamos por este segundo texto. Texto relativamente curto, Botelho tenta mostrar que o alcoolismo seria uma espécie de hábito moral que afeta todas as estruturas sociais e que causaria as chamadas doenças mentais também nas gerações futuras. “Os hospitais e hospícios têm suas enfermarias cheias de doentes, em estado agudo e muitas vezes com doenças crônicas, que devem seu mal ao uso de substâncias alcoólicas” (Botelho, 1944a, p. 8). No trecho seguinte destaca a questão da degeneração: “Sobretudo entre os doentes mentais é enorme a coorte de delirantes e alucinados, que se fizeram alcoolistas por imprevidência ou por ignorâncias, muitas vezes exacerbando estados de degeneração que não seriam revelados em vida, se não fosse a cumplicidade de álcool” (Botelho, 1944a, p. 8). O psiquiatra, assim, acolhe o principal argumento eugenista do período, que é o vínculo à degenerescência. Além desse aspecto que é abordado mais algumas vezes, especialmente destacando uma suposta relação do alcoolismo com o número de crianças internadas, há uma forte carga moral no seu texto e ataca ao que seria herança dessas pessoas. Segundo ele, além da decadência moral e material os alcoólatras estariam “[...] acelerando sua

⁷⁶ Disponível em: <https://hpcs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2018/07/Botelho%5ELLJ-Adauto.pdf>. Acesso em 09 dez. 2023.

morte e prometendo ao mundo filhos degenerados, idiotas, imbecis, mulambos humanos, para encherem, mais tarde, as prisões e os hospitais de alienados” (Botelho, 1944a, p. 9).

No segundo texto o psiquiatra faz uma argumentação sobre um certo abandono das questões psíquicas no contexto da modernização mundial. Posteriormente, ele argumenta que a Liga e seus signatários têm sido vanguarda no Brasil quanto a essa questão: “No Brasil, de Gustavo Riedel e Henrique Roxo, a campanha pela Higiene Mental, desamparada por muitos é mantida por luta que não se abate, luta com paciência e com idealismo na praça forte de nossa Liga e de outros que aparecem pelos Estados da Federação” (Botelho, 1944, p. 18). Na parte final destaca ainda o papel do Serviço Nacional de Doenças Mentais e da criação de novas instituições mentais e o projeto de expansão das instituições psiquiátricas pelo Brasil, entre elas, como veremos, as instituições cujo nome Aduino Botelho estava cravado no pórtico:

Visando sobretudo a higiene mental o Serviço Nacional de Doenças Mentais vem criando ambulatórios especializados para os quais fornece técnicos, medicamentos e aparelhagem necessária, nos Estados de Amazonas, Pará, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná, Goiás e Mato Grosso, sem contar os que funcionam na capital da República e os que aí serão criados no ano vindouro (Botelho, 1944, p. 23)

Aduino Botelho destaca ainda o papel da chamada Seção de Cooperação na organização de atividades, de material de propaganda e divulgação da busca pela higiene mental por todo o território nacional. Finaliza o texto com o seguinte parágrafo: “Verifica-se pois que a causa que abraçamos com denodo na Liga Brasileira de Higiene Mental, já pode contar com elementos oficiais de combate para esta luta que será árdua e demorada e que, porém, será sempre vitoriosa” (Botelho, 1944, p. 24).

Não se trata aqui de dizer que Aduino Junqueira Botelho era ou não eugenista. Contudo, não se pode negar que ele esteve vinculado a esse movimento, especialmente no contexto do principal órgão de difusão do pensamento eugenista sobre a questão psiquiátrica. Tanto é verdade, que, como se observa, ele utilizou o espaço dos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* para informar sobre os novos projetos. Segundo Freitas (2019) esse processo de institucionalização da psiquiatria como dispositivo de estado, seja a partir das legislações seja ainda por meio das próprias instituições asilares, só foi possível porque Aduino Junqueira Botelho foi um entusiasta que estava à frente do Serviço Nacional de Doença Mental e foi responsável por expandir esse ideário pelo Brasil. Nessa perspectiva, também não parece correto afirmar que o projeto de expansão asilar estivesse totalmente desvinculado dos projetos

eugenistas, uma vez que, as suas bases foram fundadas na forte relação entre a eugenia e a higiene mental, como destacamos.

Ainda, seguindo o raciocínio de Freitas (2019), observa-se que foi com o psiquiatra Aduino Botelho que a psiquiatria passou a ter uma atenção voltada tanto para o caráter, naquele período, tido como científico quanto para a preocupação com a superlotação das instituições. Na perspectiva de Aduino Botelho a superlotação e a falta de condições adequadas durante o internamento atrapalhavam o processo de cura dos pacientes. É a partir dessa percepção que se começa a traçar um conjunto de diretrizes sobre como as instituições asilares deveriam funcionar. Tratava-se de uma política de abrangência muito sistemática, que envolvia instituições para lidar, além da loucura, com enfermidades como a sífilis e a lepra, por exemplo. Como destaca Venâncio (2011, p. 45):

A criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais ocorria vinculada à reforma do DNS, que segmentava suas ações segundo doenças determinadas. Tais ações passaram então a ser desenvolvidas pelos Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela e Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). A criação do SNDM esteve assim implicada na construção de uma política assistencial psiquiátrica marcada pelo planejamento e implantação de diretrizes modernizadoras de organização do próprio Estado, desenvolvida durante a gestão de seu primeiro diretor, Aduino Botelho, que durou 13 anos (1941-1954).

Nesse conjunto de proposições envolvendo o campo da saúde como um todo, o resultado dos esforços e do trabalho realizado pelo psiquiatra Aduino Botelho começará a tomar forma com o Decreto-lei 8550 de 1946, que previa o investimento na criação e ampliação de um conjunto de instituições psiquiátricas pelo Brasil. Segue artigo 1º do decreto-lei:

Art. 1º Fica o Ministério da Educação e Saúde autorizado a celebrar Acordos com os Estados, visando a intensificação da assistência psiquiátrica nas regiões em que os estudos procedidos pelo órgão especializado do Departamento Nacional de Saúde revelarem deficiências.

Esse decreto prevê que deveria existir uma contribuição significativa dos estados, como o terreno e coparticipação na execução dos projetos, além de outras, responsabilidades dos estados. A política de expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil coordenada por Aduino Botelho à frente do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) estabeleceu as diretrizes para a implantação de colônias psiquiátricas no Brasil. Tratava-se de um projeto ambicioso que previa a expansão das instituições para todo o território nacional, tendo em vista justamente que nenhum estado ficasse sem uma instituição com a finalidade de combater os

psicopatas, os loucos e os desviantes de modo geral. Nessa relação entre os governos estaduais e o Governo Federal havia uma participação efetiva da União, embora os estados também devessem contribuir significativamente, o que fez com que algumas estruturas demorassem para serem concluídas, como foi o caso da instituição construída em Goiânia. Nesse contexto, pode-se observar que

[...] o modelo institucional das colônias foi utilizado no tratamento de diversas doenças, tanto no contexto internacional quanto em nosso país, associado na maioria das vezes ao isolamento dos doentes – como leprosos, tuberculosos –, no intuito de evitar a propagação da doença. No caso da doença mental a proposta de isolamento dos pacientes – em colônias, mas também em hospícios e asilos – fundava-se em outra premissa: a ideia cunhada pelo alienismo e seu ‘tratamento moral’ de que o próprio isolamento era medida terapêutica, já que tinha o intuito de prevenir o contato do doente com os excessos da vida urbana, com os ‘males da civilização’, que eram considerados uma das principais causas das perturbações mentais (Venâncio, 2011, p. 36).

Diante desse novo ideário, que teve como base uma nova forma de planejamento inspirada mormente pela OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, muitas instituições psiquiátricas foram construídas, reformadas e/ou ampliadas no Brasil nesse período. Observe-se que para Aduino Botelho era fundamental uma espécie de virada epistemológica da psiquiatria nacional, por isso, “Em conformidade com os principais objetivos do regimento do S.N.D.M, o diretor Aduino Junqueira Botelho pôde propor uniformidade para o quadro da assistência psiquiátrica no país” (Freitas, 2019, p. 56). Por outro lado, para alcançar esse novo modelo foi preciso “[...] promover a construção de hospitais psiquiátricos no Distrito Federal, nos Estados do Amazonas, Espírito Santo, Alagoas, Maranhão, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Bahia, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso e Rio de Janeiro” (Freitas, 2019, p. 56).

Desses, ao que se sabe, 5 receberam o seu nome: O Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho do Sergipe, inaugurado em 1951; O Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho do Espírito Santo, localizado na Cariacica, na região metropolitana de Vitória, inaugurado em 1954; O Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho do Paraná, localizado em Pinhais, inaugurado em 1954; Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho de Goiás, inaugurado em Goiânia em 1954; o Hospital Colônia Aduino Botelho do Mato Grosso, inaugurado também em 1957. Posteriormente, em 1968, a Unidade *Casa do Sol*, no complexo de Engenho de Dentro, foi renomeada para Unidade Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, que passaria a atender até 1981 aos pacientes previdenciários. Não apresentaremos as condições gerais desta instituição, dado que não se trata

de uma instituição construída nas condições das anteriores⁷⁷. Em síntese esses são os hospitais-colônias que levaram o nome de Aduino Botelho, além de nomear também Instituto de Psiquiatria, pertencente ao Centro Psiquiátrico Nacional (Freitas, 2019). Passo agora a fazer uma apresentação de cada um dos hospitais homônimos, para, a partir do capítulo seguinte, discutir pormenorizadamente o *Aduino Botelho de Goiânia*.

a) **O Aduino Botelho do Sergipe**

O hospital psiquiátrico Aduino Botelho de Sergipe foi inaugurado em 1951. A instituição teria sido construída com a finalidade de substituir o antigo manicômio, Hospital-Colônia Eronides de Carvalho que havia sido inaugurado no ano de 1940. Segundo Guimarães (2018), a instituição sergipana teve a autorização para a sua construção em 1945 e quando foi inaugurada seis anos mais tarde, o início das atividades ocorreu em uma estrutura incompleta. “Com alguns prédios ainda na fase final da construção, a nova clínica recebeu 18 pacientes do hospital colônia e, quando questões das estruturas da colônia foram sendo resolvidas, estes pacientes retornaram para o hospital da zona rural” (Guimarães, 2018, p. 147).

A instituição passou por transformações e problemas durante seus primeiros anos de existência. Ainda seguindo os passos da pesquisa realizada por Guimarães (2018), durante os primeiros anos de existência do manicômio foi-se observando o aumento significativo de internados, tornando a superlotação uma característica que perpassou todo o período de sua existência, mesmo a instituição sendo destinada originariamente para pacientes pensionistas. Essa relação foi estabelecida em paralelo com a instituição psiquiátrica mais antiga, a Colônia Eronildes de Carvalho.

Em 1953, uma nova ala foi inaugurada na nova clínica, destinada aos indigentes do sexo masculino. Em 1954 a situação da colônia era crítica, pois não havia dinheiro para comprar comida e os pacientes não tinham como satisfazer necessidades de asseio e alimentação. Em 1955, o hospital colônia tinha 138 pacientes, enquanto o Aduino Botelho tinha 72 pacientes. Entre 1956 e 1959 mais três alas foram inauguradas, inclusive uma seção de psiquiatria infantil, e iniciadas transferências graduais de pacientes do hospital colônia para a Clínica Aduino Botelho, pela condição de superlotação de crônicos. Em 1957, o hospital colônia encontrava-se com 126 pacientes crônicos e o Aduino Botelho com 40 pacientes pensionistas e 170 indigentes. Em 1958, fala-se na necessidade de criação de 740 leitos e da construção de um novo hospital colônia. Se a situação da colônia anterior era crítica pela falta de investimentos públicos, qual a finalidade de construir um novo hospital colônia, no município circunvizinho de Nossa Senhora do Socorro e de aumentar o número de leitos? Em 1959, o serviço atendia 350 pacientes, em um local com paralisações

⁷⁷ Para mais detalhes sobre essa instituição verificar o trabalho de Maria Paula Zambrano Fontes (2003), o qual analisa as transformações não só estruturais, mas, também as transformações na filosofia da instituição.

recorrentes da energia elétrica, com sanitários quebrados, sem alimentos e pacientes nus. Fala-se da necessidade de um novo hospital colônia para 500 doentes crônicos (Guimarães, 2018, p. 147-148).

Como se pode observar, o Adauto Botelho de Sergipe se estabelece no interior de inúmeras contradições, sejam elas internas sejam elas externas, causadas pela busca de vagas para encerrar as pessoas consideradas loucas. Diante dessas condições, nos anos seguintes não tardaram as críticas e as descrições sobre a situação de condições inadequadas, causadas pela falta de investimentos e, também, pela quantidade de pessoas. Uma das críticas mais incisivas, como mostra Souza (2023), foi feita por um representante do próprio Estado, o então Secretário de Saúde de Sergipe, José Machado de Souza, que comparou o manicômio aos campos de concentração nazistas. A fonte utilizada pela autora, *Jornal de Sergipe*, cujo acesso é liberado, traz a seguinte fala:

Afirmando que a atual situação do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho é mais desumana que as dos “extintos campos de concentração nazistas” o secretário de Saúde José Machado de Souza afirmou que já convidou o governador Augusto Franco para uma visita ao Adauto Botelho, “para que ele sinta de perto a situação” (*Jornal do Sergipe*, 30/03/1979).

Diante desse cenário observa-se uma ambiguidade, pois, o secretário faz uma observação dessa natureza, mas, seria para melhorar as instalações e os cuidados com as pessoas internadas? A partir da análise do contexto, tal fala pode ser interpretada a partir do seguinte questionamento: um ataque, nesse caso, não estaria alinhado aos interesses da iniciativa privada e ao aluguel de leitos em clínicas privadas que estava crescendo de maneira aviltante em todo o Brasil nesse período? Deixamos esse questionamento para ser respondido pelos pesquisadores das instituições sergipanas, pois, não é o foco aqui, embora esse aspecto tenha o devido lugar quando tratarmos da instituição em Goiás.

Um outro aspecto fundamental da fala do então secretário de Saúde de Sergipe é sobre a distribuição de anticoncepcionais. Segundo o que se pode ler na matéria, embora tal medida fosse apresentada como uma ação de distribuição indiscriminada para todas as classes, um grupo em especial merecia atenção: “Mas, se ela for dirigida para a classe pobre, estaremos dando um passo para diminuir os índices de mortalidade infantil, controlando o índice de natalidade” (*Jornal de Sergipe*, 30/03/1979). A importância desse trecho é central, pois, como vimos no primeiro capítulo, uma das estratégias que se desenvolveram a partir da eugenia foi justamente o combate à pobreza como um dos elementos mais radicais para o suposto combate aos problemas sociais. No contexto em que a eugenia não era eufemizada, o combate à pobreza

era realizado intrincado com o combate à raça, isto é, ao combate à população negra, em seguida ao combate imigração de povos africanos e, também, asiáticos. No contexto de uma visão seja mendeliana seja lamarckista o combate ao pobre foi se estabelecendo como sendo um dos elementos cruciais da eugenia. Essa fala, corrobora a ideia de que as instituições psiquiátricas estavam totalmente atreladas em um contexto eugenista, especialmente, com a defesa do casamento entre a mesma raça, a partir dos chamados exames pré-nupciais, seja ainda com a defesa da esterilização das pessoas que eram consideradas doentes e incapazes e obviamente anormais e desviantes.

Se na primeira metade essa ideia era explícita, não é incomum encontrar na segunda metade do século XX discursos que, mesmo não sendo explicitamente eugenistas, estão totalmente alinhados a essa perspectiva. No caso brasileiro, uma peculiaridade nos ajuda a compreender esse aspecto: a relação da eugenia com o higienismo, como também já foi mostrado neste trabalho, na primeira parte deste capítulo. É com base no higienismo que o pobre passará a ser um alvo das formas de sanitização. Com o advento das formas punitivas mais sofisticadas que pululam com o advento do neoliberalismo, o combate ao pobre passará a ser justificado com uma nova roupagem, que se pretende humanitária, como se pode observar no discurso em tela. Para se combater a mortalidade infantil, faz-se com os pobres sequer tenham filhos.

De todo modo, segundo Souza, Silva e Mota (2011) os problemas continuaram existindo, tanto que, com as dificuldades enfrentadas a instituição teve uma desativação no ano de 1985, ao passo que alguns anos antes já estava sendo viabilizada a construção de outra instituição psiquiátrica pública, Hospital Psiquiátrico Garcia Moreno, bem como de instituições privadas.

Durante a década de 1990 começou-se o processo efetivo de fechamento do manicômio. Inicialmente foram fechadas alas, pois, não havia uma rede de apoio para receber as pessoas. Em seguida, o processo de fechamento foi finalizado em 1997, mas com serviços ainda funcionando em uma parte das instalações, como era o caso do Serviço de Emergência Psiquiátrica, que funcionou no espaço do Adauto Botelho até 2004 (Barbosa, 2012; FUNESA Sergipe, 2011). Como se pode observar, muitos foram os problemas enfrentados, para tentar se cumprir o processo de desmanicomialização. Hoje, o espaço construído para ser essa tecnologia psiquiátrica está sob o poder das forças policiais sergipanas.

b) O Aduino Botelho do Paraná

Pelo que até aqui se tem pesquisado, a instituição que mais tem arquivos organizados sobre o Aduino Botelho em sua localidade é o Estado do Paraná. Inaugurando no mesmo ano e mês do *Aduino Botelho de Goiânia*, a instituição paranaense conta com um acervo relativamente organizado e cuidado, o que tem possibilitado uma série de pesquisas sobre essa instituição. Quanto à instituição, teve sua inauguração no dia 5 de junho de 1954, em um terreno que à época pertencia ao município de Piraquara, atualmente Pinhais. Como conta Wadi, Olinto e Casagrande (2015) a instituição ficava a 26 km da capital do estado. As autoras destacam ainda que mesmo se tratando de uma construção que se encontrava no bojo de um projeto nacional, a burguesia paranaense não deixou de arrogar para si a construção daquela instituição, que era um sonho antigo dessa classe dominante e que tinha como premissa básica o encarceramento psiquiátrico dos chamados psicopatas e desviantes. “Isso decorreria dos problemas causados pelo desordenado crescimento paranaense, sentidos especialmente em Curitiba e nas cidades centrais do norte novo (Londrina e Maringá), que rapidamente se urbanizavam” (Wadi, Olinto e Casagrande, 2015, p. 1358).

Paradoxalmente, essa instituição também se inseria no ideário filantrópico e humanista que girava em torno das aspirações das instituições psiquiátricas. Uma das premissas desse filantropismo e desse humanismo seria justamente a dupla face da presença médica que é também a representação científica. Aliado a isso estava o já mencionado desejo da classe dominante e das autoridades locais em ter uma instituição dessa natureza. Nessa perspectiva, ao analisar discursos proferidos na Assembleia Legislativa do Paraná, as autoras apresentam o desejo desses políticos pela construção da instituição como representação do progresso e do humanismo, como forma de ocultar o real problema, que era simplesmente a presença dos loucos na sociedade. Para ocultar verdadeira interpretação

[...] as autoridades [...] revestem de argumentos humanitários —muito semelhantes aos utilizados por outras autoridades nos tempos idos de criação das primeiras instituições psiquiátricas— ações decorrentes de projetos que, se alguma coisa têm a ver com acontecimentos estritos e localizados —como a falta de assistência a um contingente enorme de doentes mentais que acabam ocupando o mesmo lugar de criminosos nas prisões, conforme afirma o governador Bento Munhoz da Rocha Neto—, extrapolam-nos e têm um sentido estratégico (Wadi, Casagrande, 2015, p. 190).

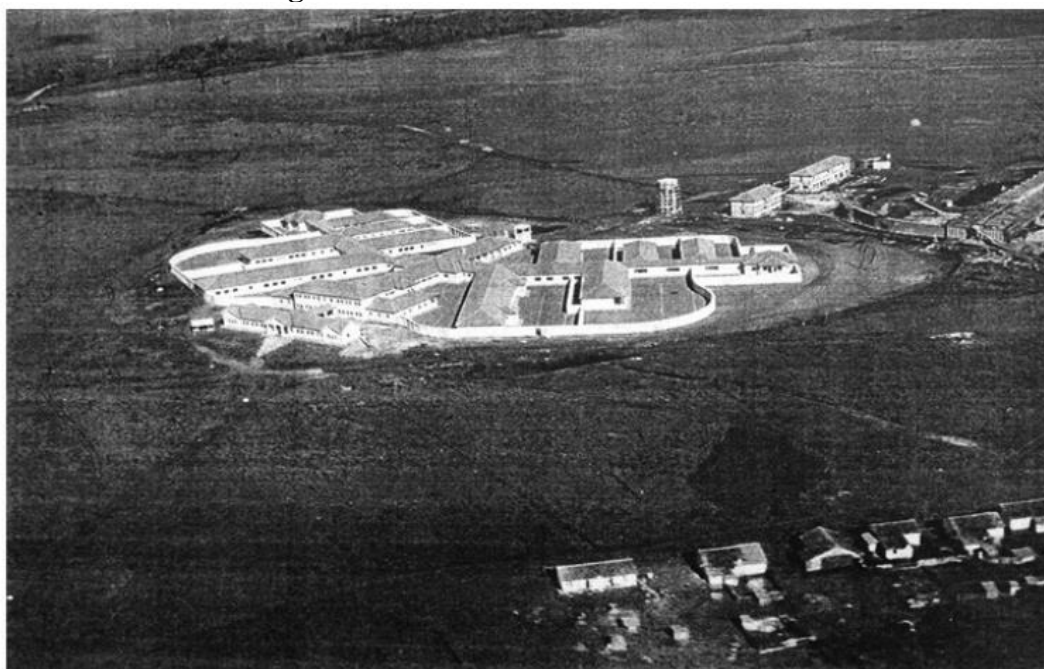
Diante da conservação dos documentos sobre o Hospital Colônia Aduino Botelho do Paraná, as autoras mostram que há discursos e mesmo relatórios de gestão do primeiro diretor

da instituição. A partir desses relatórios podem ser observados, por exemplo, reclamações acerca das dificuldades financeiras e mesmo a falta de material para as questões básicas da instituição. Além disso, identifica-se que algumas partes da obra não foram concluídas, além de pacientes que já tinham condições de serem liberados, terem alta, mas que não saíam pois haviam feito serviços na instituição e queriam receber por isso. Esse foi mais um dos fatores que fez com que a superlotação continuasse a ser um problema da instituição.

Com capacidade total de 350 leitos, incluindo pavilhão de isolamento, pavilhão de vigilância contínua, seção de delinquentes, seção de pensionistas, seção de cirurgia etc., mas com capacidade para apenas 250 doentes conforme as normas técnicas, o hospital rapidamente ultrapassou esta lotação e, ao final de dois meses de funcionamento, abrigava 371 internos. Um ano depois, em agosto de 1955, já havia 456 pacientes e, frente a essa situação, a direção anunciou o início de um processo de tomada de providências no sentido de restringir ao máximo as internações. Com isto, no final desse mesmo ano a cifra havia baixado para 400 internos. Porém, a partir do início do ano seguinte a lotação aumentou progressivamente e, no mês de fevereiro de 1958, o HCAB contabilizava 906 internos (Wadi, Casagrande, 2015, p. 193).

O Hospital Colônia Aduino Botelho do Paraná sofreu dos mesmos problemas que esse tipo de instituição sofreu e sofreria no Brasil, desde o Hospital dos Alienados do Rio de Janeiro até os dias de hoje, entre eles a superlotação. Vejamos a seguir a foto dessa instituição no ano seguinte de sua inauguração, para se ter uma percepção da dimensão da estrutura manicomial:

Figura 4: Vista aérea do HCAB em 1955



Fonte: Paraná, “Relatórios do HCAB” Caderno 1 (Piraquara: HCAB, 1955) 24 *apud* Wadi, Casagrande, 2015, p. 192).

Verifica-se, na imagem, uma obra bem ampla, relativamente espaçosa, e ainda assim, carregava consigo a condição crônica das instituições de enclausuramento, que é justamente a superlotação. Desde pelos menos os relatos e testemunhos narrados por Lima Barreto (2017), em *Diário de um hospício*, as instituições manicomiais brasileiras são atravessadas pela superlotação e por outros problemas

Já nos seus primeiros anos, a situação da instituição já começa a atender às demandas da burguesia local e do interior do estado quanto aos internamentos. Por isso mesmo, em 1959, já se haviam notícias sobre os problemas, como a superlotação. O jornal *Última Hora*, de 1959, destaca: “Indigentes alienados relegados ao completo abandono. Hospital-Colônia Aduato Botelho: quatro médicos para 900 loucos. Verdadeiramente absurdo o regime existente no manicômio estadual” (*Última Hora*, 22/05/1959). Posteriormente, numa curiosa notícia sobre a ausência da polícia, do jornal *Correio do Paraná*, de 1961, observa-se o seguinte:

Curitiba despolicada: Rádio Patrulha parou por falta de gasolina

[...] O caso dos dementes, por exemplo, que diariamente chegam do interior do Estado, somente conseguiram serem transportados para a Colônia Psiquiátrica Aduato Botelho após ficarem várias horas atirados num dos cubículos da polícia central, quanto a direção da Penitenciária Agrícola de Piraquara, compreendendo o drama das autoridades responsáveis, ofereceu um caminhão para o serviço (*Correio do Paraná*, 1961).

Não se pode perder de vista esses detalhes, que nos mostram que as condições de abandono tanto da instituição quanto dos internados, refletiam em uma interpretação na qual era mais importante pensar no suposto sofrimento das autoridades do que evitar que ficassem alojados de qualquer maneira aqueles considerados doentes.

Com o passar dos anos, especialmente, a partir da redemocratização e a criação do SUS, bem como com os primeiros vultos de uma crítica mais radical ao modelo manicomial, essa instituição passará por algumas transformações, mesmo que parte significativa delas sejam tímidas.

Atualmente, essa instituição está em funcionamento, ao que parece, atendendo relativamente dentro dos parâmetros mínimos dos direitos humanos aos pacientes. Ainda assim, é possível visualizar as marcas do que nunca deixou de ser, um manicômio. Entre essas marcas está a presença de pessoas que estão há muitos anos encerradas. Em matéria recente, o site Tribuna do Paraná noticiou o caso de um internado que está na instituição há 40 anos. Segundo um trecho da matéria

Passa as quatro décadas de vida cercado pelos muros de um hospital. Assim se resume a vida de Flávio Cavalcanti, homem na casa dos 40 anos, que ganhou esse nome da equipe do Hospital Colônia Aduino Botelho, em Pinhais. Ele nasceu no hospital, quando a mãe era paciente. Os registros dos sete primeiros anos não foram encontrados e ele foi registrado pelo próprio hospital⁷⁸.

Essa situação do paciente que mora na instituição desde o seu nascimento aponta para uma série de fatores que foram se tornando crônicos nas instituições manicomial, tais como a falta de construção de vínculos afetivos, o afastamento de familiares e nesse caso mais específico, maior cuidado pelo paciente. Quais foram os caminhos de socialização que a instituição buscou para inserir o paciente à sociedade? Teve acesso à escola, oportunidades de aprender algum ofício? Enfim, questões que devem ser pensadas.

Com quase 70 anos de funcionamento, essa instituição, como destaca a supracitada matéria, ainda está em pleno funcionamento. Segundo Carvalho (2018), mesmo com dificuldades desde a década de 1980, a instituição vem passando por mudanças estruturais para atender pacientes que, mesmo em caso de alta, não têm para onde ir. A questão central evocada na pesquisa de Carvalho (2018) a partir de entrevistas com pessoas que trabalharam na instituição foi justamente observar que as mudanças não ocorreram rapidamente, foram mudanças paulatinas, gradativas. Além disso, os entrevistados sublinham que as mudanças ficaram todas como responsabilidade e iniciativa do Estado, deixando de lado a luta dos familiares, dos trabalhadores em saúde mental, que foram decisivos para que essas transformações ocorressem. Por fim, destacam que, no contexto das condições vigentes, a instituição melhorou, mas, é sempre preciso ter cuidado e vigilância.

c) O Aduino Botelho do Espírito Santo

No mesmo ano de 1954, também é inaugurado o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho do Espírito Santo, na cidade de Cariacica, na região metropolitana de Vitória. Segundo Carrion (2011) entre o manicômio e o centro da capital capixaba, há uma distância em torno de 11 quilômetros. Assim como os arquivos do estado do Paraná, também no Espírito Santo os documentos e imagens da instituição estão, conforme relatam os pesquisadores, em aceitáveis condições de acesso.

Trata-se de documentos microfilmados que se encontram no Same (Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos) – disponíveis para pesquisas por parte dos

⁷⁸ Disponível em: <https://www.tribunapr.com.br/noticias/parana/hospital-de-pinhais-tem-paciente-que-vive-esquecido-ha-40-anos/>

funcionários que trabalham ali. De acordo com informação dada por esses funcionários, o Same fornece estes dados quando solicitados por ex-pacientes ou parentes dos mesmos e por profissionais de saúde que tenham trabalhado no hospital. Ali, também encontramos fotos antigas do hospital, guardadas em um arquivo do computador do Same. Não podemos precisar a origem dessas fotos, mas consta que foram tiradas em 1954, na época da inauguração do hospital (Carrion, 2011, p. 14).

O cuidado com as fontes da instituição possibilita pesquisas das mais diversificadas, bem como imagens de boa qualidade sobre a instituição, nos seus primeiros anos de existência. Entre essas imagens, pode-se observar fotos aéreas que mostram o tamanho e a imponência da instituição.

Figura 5: Vista aérea do Aduino Botelho do Espírito Santo - 1978.



Fonte: http://biblioteca.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20120717_FOTO_FDIG_02502.jpg

Assim como a instituição do Paraná, o manicômio capixaba também não foi construído na Capital, uma questão ainda a ser estudada com mais precisão. Embora possa se dizer que se trata de uma forma de deixar os loucos isolados e afastados. Não obstante a localização, tratava-se de uma instituição que era muito desejada pela sociedade capixaba, dado que havia um número significativo de pessoas consideradas doentes. Nesse sentido, na perspectiva dessa vontade, dessa necessidade da classe dominante em ter um espaço para “abrigar” os desajustados, a instituição surge, segundo Carrion (2011) muito antes que a obra física, surge no projeto dessas classes, mas não só isso.

[...] o hospital começa a se desenhar na cidade a partir do momento em que a cidade começa a almejá-lo. Almejá-lo? Pois sim, digo almejá-lo. Há um desejo: a cidade pede um hospital. A cidade: quem? Longe de pensá-la como entidade misteriosa e indefinida, penso-a como processo. Não a cidade em que nasce um hospital, mas os movimentos que desenham tanto a cidade quanto o hospital (Carrion, 2011, p. 42).

O fato é que essa obra é constituída com um ideário muito explícito: combater os loucos e manter a cidade limpa, livre de certos grupos de pessoas que, segundo grupos ditos normais, desmoralizavam a cidade. Trata-se ainda, como argumenta Carrion (2011) de uma busca por uma sociedade e uma família higienizada e produtiva: “Como chegavam ao hospital? Expulsos. —Quem expulsava? A família, o trabalho, a cidade, a produtividade, as fábricas, as casas, as lavouras, a assepsia” (Carrion, 2011, p. 82). A cidade, ou seja, as famílias e as instituições, as atividades mais corriqueiras produziam esse ideário de limpeza e produtividade, o qual encaminhava as pessoas ditas loucas para longe. “A família também higienizada, o homem e a mulher produtivos, os desvios do tempo sufocados. Uma cidade que, ansiando por pessoas e famílias produtivas, precisa isolar aqueles que não produzem” (Carrion, 2011, p. 82). Mais ainda, era preciso renunciar aos incômodos em nome de uma certa moralidade: “Famílias que, lutando para sobreviver nesta cidade, compartilham da ânsia por um espaço que abrigue para sempre aqueles que incomodam” (Carrion, 2011, p. 82).

Para se combater essa suposta desmoralização, foi necessário a institucionalização das formas repressivas, articulando-se assim o manicômio e as forças policiais (Perini, 2013). Daí uma forte percepção de que a instituição tinha um papel de limpeza social. Desse ponto de vista, pode-se dizer que a estrutura da instituição

[...] foi projetada para segregar o louco do restante da sociedade considerada sadia e normal. A própria localização do hospital contribui para isso, visto que o prédio foi erguido em uma região pouco habitada, na década de 1950. Além disso, o hospital Adauto Botelho pode ser pensado como claro exemplo de segregação urbanística entre os civilizados e os que não se enquadravam no novo modelo de cidade que se propunha para o Brasil no século XX. Contudo, o Hospital Adauto Botelho foi um mecanismo importante de controle da população que não se adequava na sociedade capixaba (Perini, 2013, p. 95).

Sendo uma das características principais da sociedade capixaba, essa sanha pela limpeza da cidade, fez com que nos primeiros anos de existência do Adauto Botelho, o número de internações fosse surpreendentemente alto. Até 1956 foram cerca de 1.681 internações (Perini, Cunha, 2019). Esse número continuou se mostrando demasiado alto. Segundo Carrion (2011), a partir das entrevistas realizadas para sua pesquisa, na década de 1960, o número de pessoas internadas oscilou entre 1200 e 1700. Ainda segundo Perini (2013) a instituição apresentava

um caráter de controle, de gestão da vida: “Na primeira metade desse século, na cidade de Vitória, surgiram demandas relacionadas à necessidade de se retirar das ruas pessoas que incomodavam as elites” (Perini, 2013, p. 96), logo, uma ativação do caráter biopolítico. Essas pessoas “[...]se mostravam como empecilho ao projeto de cidade pretendido pela classe dominante para a capital do Estado. Diante disso, muitas dessas pessoas “incômodas” eram enviadas para o Hospital Colônia Adauto Botelho” (Perini, 2013, p. 96).

Observa-se ainda que nessa instituição foi recorrente o número de pessoas, entre elas mulheres, que frequentemente voltavam para a internação. Casos inclusive de crianças que seriam internadas e que a cada retorno as pessoas estavam cada vez mais em situação de extremo abandono. Atente-se que há uma série de conflitos e de mudanças. Entre esses pode-se ressaltar também a maneira como a luta antimanicomial foi importante, especialmente no contexto de reformas mais sistemáticas no interior da instituição, como foi o caso de enfermeiras que foram presas por criarem uma enfermaria de psiquiatria comunitária (Carrion, 2011). Além do mais, essas pessoas foram também perseguidas pelos gestores da instituição que eram completamente contrários a uma forma comunitária de fazer psiquiatria, dado que, em tese, os pacientes seriam mais humanizados e respeitados. Uma das condições que apontam para a força dessa contradição é justamente a maneira como pessoas entrevistadas por Lima (2005) falam dos impactos positivos desse tipo de serviço, que ao contrário de ser incentivado, gerou ainda mais repressão. Um dos exemplos desse tipo de repressão foi a maneira como os diretores da instituição tentaram apagar a história desse serviço, destruindo os arquivos:

É importante ressaltar que as sessões clínicas eram registradas em livros de ata que mais tarde, assim dão conta os depoimentos, foram destruídos pela direção do Adauto Botelho que determinou o fechamento do Centro de Psiquiatria Comunitária. O mesmo fim tiveram os livros de ata onde estavam registradas as assembleias nas quais os pacientes também participavam e os prontuários dos que ali estiveram internados (Lima, 2005, p. 54).

Como se pode deduzir, a partir da análise e das fontes utilizadas por Carrion (2011), no interior da ambiguidade do espaço, segundo um álbum de fotos da instituição, o manicômio também teria sido lugar de refúgio de pessoas perseguidas pela Ditadura Militar, além de promover algumas festas e bazares a partir da produção de artesanato dos internados. Atualmente existe no mesmo local do Adauto Botelho uma outra instituição psiquiátrica, chamada de HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica, fundada em 2004. A instituição ainda hoje sofre com uma série de problemas estruturais, em função das lentas transformações na estrutura física, que são ainda da década de 1950.

Sobre a questão da Estrutura vejamos a comparação dos hospitais do Espírito Santo e do Paraná, das quais se tem as melhores imagens:

Figura 6: visão aérea dos Aduato Botelho do Paraná e do Espírito Santo.



Fonte: <https://www.behance.net/gallery/53601619/1-lugar-Concurso-Hospital-Aduato-Botelho>

Como se pode notar, as estruturas são muito semelhantes, seja no contorno da instituição como um todo, seja ainda na disposição dos pavilhões. Segundo Lima (2005, p. 38-39):

O Aduato Botelho do Espírito Santo possui a mesma planta física dos demais hospitais que têm o mesmo nome no restante do país e praticamente a mesma de todos os hospitais psiquiátricos, ou seja, uma estrutura que, antes de tudo, serve para segregar aquele tido como louco do restante da sociedade considerada sadia e normal. Não é à toa que ele foi construído numa região que, na época, era pouco habitada e distante dos centros de maior movimento da região. Segundo os depoimentos, apesar do Hospital ser, no período em estudo, fisicamente novo, a estrutura – que contava com longos corredores, salas frias, “cubículos” (quartos sem janelas onde os pacientes mais “agitados” ficavam por algum período), grades, cadeados, falta de luz – pouco contribuía para a recuperação dos que ali eram internados.

Como veremos no capítulo seguinte, embora as imagens do *Aduato Botelho de Goiânia* não tenham tanta qualidade, essas instituições seguem o mesmo padrão estético e arquitetônico. Também a instituição goiana foi construída afastada do centro da cidade, como uma tentativa de manter os loucos fora de circulação e principalmente para evitar que eles convivessem nos mesmos lugares que os considerados normais. Mas, sobre isso falaremos no momento adequado.

d) O Aduato Botelho do Mato Grosso

Ainda nesse cenário da construção das instituições psiquiátricas inspiradas e coordenadas pelo psiquiatra Aduato Junqueira Botelho, com o seu nome no pórtico, a última

instituição inaugurada foi também no Centro-Oeste, no Estado de Mato Grosso. Inaugurado em 1957, foi construído em local anteriormente destinado aos loucos, apelidado de chácara dos loucos. Após destacar aspectos gerais sobre a situação da região nesse período, Oliveira (1998; 2003) mostra que o Centro Oeste foi muito povoado a partir da chamada *Marcha para o Oeste*. Como mostra a Ata de Audiência pública para transferência do Adauto Botelho para outro local, segundo uma das pessoas que testemunharam, o ideário da instituição, embora fosse apresentado como terapêutico, era muito mais uma instituição para saneamento social, higienização e limpeza das ruas:

Os pacientes foram tratados lá da mesma maneira como mostramos para os senhores nessas imagens. O fato era que as pessoas eram colocadas dentro de uma condição de exclusão para observação, inclusive, e ali havia pacientes com transtorno mental, dependentes químicos e, também, crianças. Todas as pessoas que por algum motivo estivessem perambulando nas ruas - gostaria que parasse um pouco nessa cena - e, porventura, estivessem doentes, esquisitas ou sem condições de produção, eram, então, internadas em manicômios psiquiátricos. O fato de elas terem sido internadas para serem cuidadas não significava que elas fossem cuidadas (Mato Grosso, 2011, p. 3).

Sem mencionar dados das primeiras décadas, Oliveira (1998) faz uma síntese que mesmo indiretamente mostra a situação da instituição nas primeiras décadas de sua existência:

O Estado de Mato Grosso contava, em meados da década de 70, com um único hospital psiquiátrico, o Adauto Botelho, hospital público com aproximadamente 500 pacientes internados e com capacidade instalada de aproximadamente 250 leitos. A assistência era precária – como era em praticamente todos os hospitais psiquiátricos brasileiros – não havia sequer condições de abrigo razoáveis, uma vez que o número de leitos era de aproximadamente a metade do número de pacientes internados, o número de médicos muito reduzido (em torno de quatro), o pessoal da enfermagem era escasso e despreparado, compostos somente por atendentes de enfermagem sem nenhuma formação escolar, que, muitas vezes, “ingressavam na carreira” a partir do desempenho de atividades de limpeza e higiene no hospital (Oliveira, 1998, p. 86).

Já nas primeiras duas décadas de existência da instituição, ela se caracteriza em certos pontos com a dinâmica nacional, que tinha como elemento comum o grande número de pessoas internadas. Contudo, chama a atenção esse grupo de pessoas que atendiam como enfermeiros e enfermeiras, que não teriam a formação e que iam sendo como que promovidas a enfermeiras por estarem há algum tempo prestando bons serviços na limpeza e higienização da instituição. Trata-se de uma questão que ainda não havia sido levantada nem em documentações nem em análises coletadas até aqui. Outras condições ocorrem em dissonância com a questão nacional, pelo menos é o que mostra Oliveira (2003), sobre a relação entre a privatização dos espaços públicos por clínicas privadas. Segundo essa autora, ao contrário do que ocorreu com os outros

estados brasileiros, no caso do Mato Grosso, não teria existido a compra de leitos em instituições privadas. Uma das razões indicadas pela autora é que o Estado não teria a estrutura apropriada para que esse fenômeno ocorresse. São as palavras de Oliveira (2003) sobre o processo chamado de Indústria da Loucura “[...] teve, entretanto, uma peculiaridade em Cuiabá e no Estado do Mato Grosso. Aqui, ao contrário da tendência nacional de privatização [...]” (Oliveira, 2003, p. 89) a assistência era fundamentalmente pública. Segundo a autora, como não havia em Cuiabá instituições privadas para a chamada redução do número de pacientes em instituições psiquiátricas,

Não houve portanto, em Cuiabá, nas décadas de 60/70, o processo denominado de “Indústria da Loucura”, o ocorrido em grande parte do território nacional, nessa época. Essa discrepância em relação a tendência nacional provavelmente se deu em decorrência do descompasso entre a “modernização” das regiões Sul e Sudeste do País e do Estado do Mato Grosso, pois, este só veio a sofrer as consequências deste impulso modernizante a partir da década de 80 (Oliveira, 2003, p. 89).

Não está no nosso radar questionar ou endossar o argumento da pesquisadora, dado que as realidades locais no Brasil são efetivamente diversas. Todavia, esse argumento sendo efetivamente confirmado trata-se de um ponto importante para a modalidade de pesquisa sobre esse período. Isso porque esse cenário caracterizaria o Estado do Mato Grosso como tendo um serviço psiquiátrico totalmente público até pelo menos uma parte da década de 1980. Deve-se ainda considerar que nesse período o Estado do Mato Grosso não havia sido dividido, o que ocorreu somente no ano de 1978. Durante 20 anos o Aduato Botelho do Mato Grosso atendeu a um estado de dimensões quase continentais, maior que o estado de Goiás antes de sua divisão, ocorrida 10 anos mais tarde.

Cuiabá contava, em meados da década de 70, com um único hospital psiquiátrico, o Aduato Botelho, hospital público com aproximadamente 600 pacientes. A assistência era precária, como era a assistência em praticamente todos os hospitais psiquiátricos públicos brasileiros; não havia sequer condições de abrigo razoáveis, uma vez que o número de leitos era de aproximadamente a metade do número de pacientes. Sendo a capital de um Estado que atravessava um período de intenso crescimento populacional graças à migração, a demanda por serviços psiquiátricos aumentava e o único hospital existente não atendia a essa necessidade (Oliveira, 1998, p. 46).

Por mais que certas reformas tenham aparentemente melhorado as condições da instituição, ela continuou a existir com uma média alta de pacientes.

O Programa de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso parece ter contribuído significativamente para a redução do número de pacientes internados no final dos anos 70 e início dos anos 80, conforme os dados constantes dos Relatórios de Atividades

da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, no período 1980 a 1984. Neste período, a média de pacientes internados no Hospital Adauto Botelho diminuiu de 471 para 298 pacientes e a média de permanência (em dias) dos pacientes internados também diminuiu de 96,08 para 64,7 dias. No que se refere ao número total de internações, houve também uma queda significativa, se compararmos o número em 1980, que foi de 1.764, com 1.527 no ano de 1984. Entretanto, neste período, durante o ano de 1982, houve um aumento significativo para 1.918 pacientes internados. Isso talvez reflita dificuldades relacionadas ao funcionamento dos polos enquanto instâncias que “drenavam” os pacientes para internação e, muitas vezes, funcionavam de modo descontínuo (Oliveira, 1998, p. 50).

No espaço entre o final da década de 1970 e a criação do SUS, esses números ajudam a detalhar como a instituição funcionava, a quantidade de pacientes ou mesmo informações mais específicas, no que tange às contradições. Destaca-se ainda como o surgimento do SUS impactou na formatação dos serviços. Segundo a descrição no site da secretaria de Saúde do estado do Mato Grosso, atualmente o Adauto Botelho seria uma referência, pois, desde 1993 teria passado por uma reestruturação. O site ainda traz alguns detalhes importantes:

Re-inaugurado em 1993 com a denominação de Centro Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS) ainda vinculado à Secretaria Estadual de Saúde pela lei de nº 6.191 de 10/03/93, com uma nova proposta de se tornar um serviço de referência estadual em saúde mental no Estado de Mato Grosso.

Atualmente o Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho – CIAPS é um complexo de unidades de saúde mental composto pelas seguintes unidades: Centro de Apoio Psicossocial para Dependentes Químicos – CAPS AD, Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSI, Unidade II Pascoal Ramos, Hospital Adauto Botelho – Internação (masculina e feminina), Pronto Atendimento e Unidade III – Internação Álcool e Drogas adulto (masculino), e tem o objetivo de prestar atendimento aos cidadãos portadores de transtornos mentais e comportamentais e usuários de substâncias psicoativas, promovendo a implementação da Política Nacional de Assistência em Saúde Mental no âmbito do Mato Grosso.

Disponibiliza uma equipe multidisciplinar, constituída de Médicos Psiquiatras, Médicos Clínicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Educador Físico, Arte-Terapeutas, Nutricionistas e Técnicos e auxiliares de Enfermagem, que atuam em prol de ações voltadas para reduzir o quanto possível o tempo de internação e intensificar as ações dos serviços substitutivos, proporcionando a relação do usuário com a sociedade.

Nesse sentido o CIAPS Adauto Botelho reafirma o compromisso com os ideais da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil, de acordo com as premissas da lei nº 10.216, com as Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁷⁹.

Por outro lado, segundo notícia de um jornal local, a instituição apresenta-se longe das condições adequadas de atendimento. Segundo matéria de 2019, a instituição estaria em condições muito ruins e sem a licença de funcionamento. A matéria a seguir, de certa maneira sintetiza o que o relatório de 2019 aponta: “Estrutura precária, falta de insumos, poucos profissionais e pacientes “obrigados” a trabalhar. Essa é a situação encontrada no Hospital

⁷⁹ Disponível em: <https://dxe-prd.mti.mt.gov.br/web/ses/adauto-botelho>

Psiquiátrico Aduino Botelho durante inspeção nacional coordenada pelo Ministério Público do Trabalho”. No quadro geral dessas instituições pelo Brasil, observa-se ainda uma situação na qual podem e devem ser consideradas instituições manicomiais. “No caso do Aduino, além do trabalho forçoso, pacientes também são responsáveis pelos atendimentos de outros internos. A inspeção constatou ainda que o hospital psiquiátrico não apresenta documentação legal para funcionamento, não apresentando alvará sanitário, alvará de segurança contra incêndio”⁸⁰.

A partir do próximo capítulo passo a problematizar a quinta instituição da lista, que leva o nome de Aduino Junqueira Botelho, o asilo construído no Estado de Goiás.

⁸⁰ Disponível em: <https://www.gazetadigital.com.br/editorias/cidades/inspeo-flagra-pacientes-em-trabalho-forado-no-adauto-botelho/600102>

CAPÍTULO 3

PSIQUIATRIZAÇÃO DA LOUCURA EM GOIÁS: O ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA

O processo de psiquiatrização das regiões mais afastadas das metrópoles foi se acentuando cada vez mais a partir da década de 1940. Não demoraria para Goiânia se inserir no radar das grandes obras de combate às doenças, afinal, era a mais nova capital do Brasil e uma das primeiras, senão a primeira planejada para ser ao mesmo tempo moderna, limpa e higienizada. A criação de uma instituição psiquiátrica oficial de Estado, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, foi um dos marcos da modernização e da consolidação do saber psiquiátrico, bem como um passo decisivo para a institucionalização do combate à loucura no Estado.

Juntamente com outras instituições médicas e o desenvolvimento de instituições de pesquisa, o *Aduino Botelho de Goiânia* passou a representar um novo marco no que diz respeito à estrutura e espaço ocupado. Inaugurado com pompa, ainda sob os ditames da eugenia, muito se esperava dos resultados que essa instituição iria apresentar em Goiânia e em Goiás. Na primeira parte, eu analisei como a perspectiva do desenvolvimento de uma cultura institucional concorreu para abrir caminho para a instituição psiquiátrica. Em seguida, debatemos como o manicômio goiano se insere no contexto de uma série de outras instituições eugênicas criadas no país. Para isso faço o debate a partir dos discursos de inauguração da instituição, em 1954.

Outra marca da instituição o que se viu ao longo da primeira década de sua existência é, por um lado, um conjunto arquitetônico grandioso deixado de lado, sem investimento e com superlotação. E por outro, uma profunda relação entre a polícia, a criminalidade e a loucura. É nesse contexto que se pode observar que a instituição é vista como lugar para onde deveriam ser encaminhadas os variados tipos de anormalidade, como os monstros, os criminosos e os alcoólatras. Enfim, desde criminosos até pessoas abandonadas pelas famílias, foi o que se viu a partir das denúncias das variadas fontes levantadas e analisadas e como se construiu a representação da instituição nesta primeira década de existência.

3.1 A loucura na primeira década do *Aduino Botelho de Goiânia*

Como já vimos no primeiro capítulo desta tese, o grande internamento é o conceito utilizado por Foucault, no segundo capítulo de *História da loucura*, para explicar a expansão significativa de instituições de caráter correccional, de trabalho forçado, prisões e manicômios

pela Europa. Como argumenta Foucault, consiste num conjunto de instituições que serviam para, além de prender, de produzir um suposto efeito pedagógico na sociedade, justamente porque o grande internamento tinha uma característica ética e moral.

Quanto à questão ética há uma relação profunda com um aspecto disciplinar do grande internamento que só é possível observar, de maneira mais sistemática, a partir da leitura de *Vigiar e Punir*. Esse aspecto disciplinar confere ao grande internamento também um aspecto de positividade, de produtividade, aliado ao caráter negativo de repressão e de exclusão, como também já se observou no capítulo 1. Aliado a essa noção, a instituição também tem um caráter biopolítico, organizado no sentido de governar as populações desviantes, internando-as quando necessário, também atuando de maneira a tentar coibir a população como um todo.

Esse misto de grande internamento (positividade/negatividade), não obstante às diferenças de contexto e de tempo, possibilita a nós chaves de análise para compreender o caso de Goiânia e de suas instituições. No caso do *Adauto Botelho de Goiânia*, ele passou a fazer parte de um complexo de instituições que foram sendo construídas no decorrer dos anos. Eu já tentei mostrar anteriormente (Rego Santos, 2020) que essa cultura institucional foi se estabelecendo por meio de muitas instituições seja de repressão, como a cadeia, seja ainda por instituições cujos objetivos seriam ‘curar’ e excluir, seja ainda por meio de instituições de caridade. Nesse contexto, é conhecido, por exemplo, o Asilo São Vicente de Paula, na cidade de Goiás, que durante décadas foi a principal instituição de assistência aos loucos e outros marginalizados em Goiás. Segundo Rildo Bento de Souza (2014, p. 15) “[...] o asilo visava abrigar os pobres e os indigentes que se amontoavam nas praças, becos e vielas da antiga capital de Goiás”. Além do mais, a instituição abrigava todas as noções de marginalidade:

No Asilo São Vicente de Paulo encontrar-se-á todas essas noções de marginalidade, ou seja, a transitória, a integralizadora e a excludente. É transitória pois o asilo não era instituição definitiva. Não havia, portanto, a obrigatoriedade do internamento, os internos eram retirados pelos familiares e em alguns casos havia fuga. Ademais, se era transitória, conseqüentemente era integralizadora, quando por algum motivo não há mais a repulsa do marginal, que pode voltar normalmente ao seio da sociedade, como, por exemplo, na cura da sua enfermidade. Finalmente, e que basicamente assinala a maioria dos casos, a exclusão, seja do pobre, do doente, do louco, e que é ritualizada pelo próprio processo de constituição deste asilo (Souza, 2014, p. 21).

A esse conjunto e a esse ideal o qual chamei de cultura institucional, não teria por objetivo outra coisa senão “[...] apontar para o modo como os binarismos civilizado-sertanejo, doente-sadio, trabalhador-ocioso são produzidos. Está em questão muito mais do que o aspecto civilizatório, joga-se com os princípios da separação, uma vez que os dirigentes e autoridades não pretendiam se misturar” (Rego Santos, 2020, p. 164). Aliado a essa ideia estava presente

uma espécie de “[...] defesa da purificação dos espaços e das pessoas, mas para que elas permanecessem onde estavam” (Rego Santos, 2020, p. 164). Constitui, então, uma “Vontade de ordem e purificação produzindo o encerramento e prevenção, um procedimento de perspectiva bipolar, cujo objetivo era separar em polos opostos o doente e o são, o certo e o errado, o bem e o mal, as crianças e os adultos, os civilizados e os ‘bárbaros’” (Rego Santos, 2020, p. 164). Argumentando sobre a Colônia Santa Marta como exemplo dessa forma modelar de institucionalização, destaca-se o seguinte, no contexto dos rumos modernizantes,

O debate sobre saúde em Goiás nas décadas de 1930 a 1950 e a preocupação com o esquadramento e a higiene do espaço têm seu exemplo mais clássico no projeto de construção da nova capital. A interferência no corpo e na sociedade pode ser indicada pela prática e discurso higienista e eugenista que toma uma conotação de nacionalismo, daí a inserção do sertão no projeto nacional por meio da corporificação do Estado. A compreensão da nação dá-se organicamente, instaurando uma relação de identificação entre o indivíduo e o desenvolvimento nacional (Silva, 2013, p. 224).

A Colônia Santa Marta representava, anteriormente ao manicômio, justamente um ideal segundo o qual a instituição ou essa cultura institucional se estabelecia como um marco na nova capital do Estado. Embora o discurso fosse construído segundo princípios humanistas e filantrópicos, o que se viu foi justamente um processo de exclusão atravessando a sociedade. Essa exclusão era justificada a partir de uma certa noção de que seria necessária a intervenção do estado para o esquadramento. Consoante com Silva (2013), a lepra seria a primeira a possuir verba e uma instituição em Goiás, enquanto outras doenças só teriam atenção anos depois. “Para as outras doenças, a intervenção médico-política ainda demoraria. O isolamento dos doentes mentais mereceu a construção do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho no final da década de 1950” (Silva, 2013, p. 228-229). Outras doenças tiveram espaços próprios, mas, para a “[...] sífilis, não houve construção de hospital específico. Para a tuberculose, o Hospital Juscelino Kubitschek foi edificado na década de 1950” (Silva, 2013, p. 229). Uma das doenças mais ameaçadora do período, a doença de Chagas, só “[...] ganha visibilidade apenas com a construção da Faculdade de Medicina na década de 1960 e a partir dos estudos ali desenvolvidos” (Silva, 2013, p. 229).

Analisando os discursos do período, Silva (2013) observa que a Colônia Santa Marta era vista como a instituição capaz de criar um modelo de civilidade. “Tudo se enquadrava na importância central daquele modelo de arquitetura médico-sanitária, justificando o demorado desenvolvimento da obra. Inseria-se no projeto de educação higiênica a separação do indivíduo do espaço coletivo” (Silva, 2013, p. 241). Mais do que isso: “A Colônia dava resposta positiva ao problema da assistência social ao doente e ao problema da assistência sanitária à população

em geral, ao varrer o risco do contágio do espaço público. A Colônia era o centro da política de profilaxia da doença (Silva, 2013, p. 242).

Esse ideário se espalhava pelo Brasil e uma das marcas desse cenário é, como já assinalamos, também a expansão das instituições psiquiátricas por todo o território nacional. Diante da análise dessas instituições que levam o nome do diretor do SNDM, cumpre agora fazer uma leitura mais sistemática sobre as condições gerais de existência do *Adauto Botelho de Goiânia*, que, não obstante muitos aspectos serem semelhantes aos demais, há nuances e singularidades. Nesse sentido, à medida que nos aprofundamos nas questões locais, também o faremos quanto ao aprofundamento de questões nacionais e mesmo internacionais, quando for o caso. Sendo assim, o primeiro passo que é necessário observar é que, antes da inauguração do *Adauto Botelho de Goiânia*, a legislação estadual já se adequava ao futuro manicômio. Embora se trate de uma legislação longa, a citação do texto integral é profícua para compreender os detalhes e o alcance da instituição:

Art. 1º – Subordinado ao Departamento de Saúde, da Secretaria de Estado de Educação e Saúde, fica criado o Serviço de Assistência a Psicopatas (S.A.P), do Estado de Goiaz, que tem por fins principais; a) – realizar, nos estabelecimentos que o integram, tratamento e assistência às pessoas que apresentarem perturbações mentais; b) – dar amparo médico social, não só aos predispostos a psicopatas, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos; c) – zelar pela proteção legal dos psicopatas; d) – assistir e tratar a infância anormal e delinquente; e) – instituir práticas tendentes à higiene e profilaxia mentais e, em todos os aspectos, contribuindo por meio da propaganda e da divulgação, para a perfeita compreensão dos problemas das psicopatias; f) – coletar os dados estatísticos relativos à sua organização e atividade.

Art. 2º - o Serviço de Assistência a Psicopatas compreenderá: I – Hospital-Colônia (H. C), para doentes mentais agudos e crônicos; II – Seção de Profilaxia e Higiene Mentais (S. P. H. M.)

Art. 3º - Os doentes mentais, agudos e crônicos, serão internados no Hospital Colônia, em instalações adequadas. Parágrafo único – Os doentes mentais curáveis a longo prazo, crônicos e incuráveis serão preferencialmente submetidos à terapêutica ocupacional.

Art. 4º - Oportunamente, e na medida das possibilidades econômicas e financeiras, o Estado criará, no Serviço de Assistência a Psicopatas, o Manicômio Judiciário (M. J.), o Instituto de Neuro-Psiquiatria Infantil (I. N. P. I.) e o Setor de Assistência Hetero-Familiar (S. A. H. F.). Parágrafo único – Enquanto não forem construídos o Instituto de NeuroPsiquiatria Infantil e o Manicômio Judiciário, os doentes aos mesmos destinados, serão internados em seções especiais do Hospital-Colônia.

Art. 5º - O Manicômio Judiciário se destinará à internação: a) – dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental quando, a crédito do Juiz, assim o exigir a segurança pública; b) – dos condenados que, achando-se recolhidos às prisões estaduais, apresentam sintoma de perturbação mental; c) Dos acusados que devam ser submetidos à observação por determinação Judiciária. Parágrafo 1º - A internação no Manicômio Judiciário, qualquer que seja o caso assinalado neste artigo, só se dará por determinação Judiciária. Parágrafo 2º - Cessadas as razões clínicas ou médico-legais que deram lugar à internação, a ocorrência será à autoridade competente, a fim de que a mesma disponha sobre o destino do paciente.

Art. 6º - O Instituto de Neuro-Psiquiatria Infantil destinar-se-á ao tratamento e assistência dos menores anormais, perfectíveis e não perfectíveis. Parágrafo único –

Para tal fim, o Instituto de Neuro-Psiquiatria Infantil, manterá além da parte hospitalar, ambulatório e secção médico-pedagógica para externos.

Art. 7º - O setor de Assistência Hétero-Familiar, será anexado, preferentemente, às circunvizinhanças do Hospital-Colônia, devendo se destinar à assistência aos psicopatas convalescentes e aqueles que, pelo seu estado, se beneficiem de ambiente familiar.

Art. 8º - À Secção de Profilaxia e Higiene Mentais caberá orientar o público sobre a natureza, a causa e a curabilidade das doenças mentais, fazer a prevenção das psicopatias e colaborar com os serviços pré-natal, de maternidade, médico-escolar, de profilaxia da sífilis, higiene industrial e profissional bem como realizar a assistência social dos egressos dos hospitais, e organizar a estatística geral de todos os serviços de assistência a psicopatas. Parágrafo único - A Secção de Profilaxia e Higiene Mentais manterá um ou mais ambulatórios para nervosos e psicopatas leves. Art. 9º - No Hospital-Colônia ficarão centralizados todos os serviços criados por este decreto-lei. Parágrafo único - Na regulamentação a ser baixada para o funcionamento do Serviço de Assistência a Psicopatas será prevista a transferência para este serviço de medicina psiquiátrica, já existente na Penitenciária do Estado.

Art. 10º - O Serviço de Assistência a Psicopatas terá a dirigi-lo um especialista ao mesmo tempo diretor do Hospital-Colônia, cabendo-lhe a orientação técnica e administrativa de todos os serviços.

Art. 11º - O regime a que ficarão submetidos os doentes tratados nos vários departamentos do Serviço de Assistência a Psicopatas será regido, na espécie, pelos decretos federais n.ºs. 24.55988 de 3 de julho de 1934 e 17.18589 de 18 de novembro de 1944, e pelas normas e instruções que foram baixadas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais.

Art. 12º - O Governo do Estado, baixará, no momento oportuno, o Regimento do Serviço de Assistência a Psicopatas (Decreto-Lei Nº 847, 1947).

Como se pode observar, já no período em que ficou conhecida construção da instituição, o processo de normatização já se estabelecia na letra do supracitado decreto, que previa além do combate aos psicopatas, também condições para o manicômio judiciário⁸¹, bem como uma pedagogia segundo a qual a instituição se organizaria, além de uma preocupação com a questão da infância. Em uma análise mais sistemática desse documento detalhei os principais pontos do decreto (Rego Santos, 2020), entre os quais, os mais importantes: a relação entre psiquiatria, crime e loucura, sustentada pelos artigos que tratam da psicopatia (artigos 1 e 2) e mesmo de uma suposta prevenção, estabelecida pelo cuidado com as crianças (artigos 6 e 7). É nesse contexto de suposta prevenção que esse decreto aponta para uma daquelas que seriam uma das principais funções da instituição, que seria justamente produzir um suposto efeito pedagógico,

⁸¹ Destaquei no mesmo texto: “Outra instituição era o Manicômio Judiciário, responsável por encerrar também os presos com perturbações mentais, alojados nas prisões estaduais. Não obstante a esses elementos, parece central aqui a ausência do saber psiquiátrico e o privilégio do saber jurídico, isto é, as intervenções não são apresentadas, neste documento, como responsabilidade do psiquiatra, mas como uma ação cuja ocorrência está sob a supervisão do juiz, do saber jurídico. Nesse caso, o saber jurídico parece ter mais poder decisório que o saber médico e psiquiátrico” (Rego Santos, 2020, p. 185). No tocante a essa relação entre o saber médico e o saber judiciário, trata-se de um debate já pinçado por Foucault, no curso *Os anormais*. No mesmo sentido, segundo Engel (2001, p. 263): “Trata-se da discussão em torno da legalidade/arbitrariedade da reclusão de indivíduos nos hospícios, que explicita algumas das intrincadas dimensões do confronto entre o poder judiciário e o poder psiquiátrico na disputa pela ascendência sobre as decisões acerca dos procedimentos que deveriam ser adotados na avaliação do estado mental de indivíduos suspeitos de alienação”.

ou seja, produzir um efeito segundo o qual as pessoas fariam o possível para não serem consideradas loucas. Assim, se fossem levadas para a instituição, ou seriam por uma condição natural, ou ainda por suposta escolha.

A visão de que a criança deve ser cuidada desde antes do nascimento refere-se aos supostos perigos da degeneração e sua transmissão hereditária, percepção que colonizou boa parte do saber psiquiátrico brasileiro, da primeira metade do século XX [...]. Por outro lado, há uma incontestável preocupação em relação àqueles que estavam fora do espaço asilar, pois, uma vez construído o Hospital-Colônia, o encerramento se tornaria uma realidade. Caberia, então, dar atenção, seja lá como ela for, às crianças anormais da sociedade, extramuros, evitando, por meio de uma educação higienista, que elas desenvolvessem a doença, considerada hereditária em muitas delas. (Rego Santos, 2020, p. 186).

Outras legislações também antecederam a existência da instituição goiana, de maneira a consolidar o ideário e o cenário de combate a todo tipo de aparente desvio da norma. Entre esses documentos está a Portaria nº 28 de 1948, que proíbe a mendicância em Goiânia, uma das legislações mais curiosas e intrigantes, pois, fixa normas para uma situação que o legislador e a sociedade entendem como sendo uma escolha dos indivíduos:

Art. 1º – Fica terminantemente proibida a prática da mendicância, àqueles que a praticam por ociosidade, ou cupidez e ainda mediante a simulação de moléstia ou deformidade.

Art. 2º - Fica igualmente proibida a mendicância aos menores, ou em companhia de menores ou de alienados.

Art. 3º - Enquanto as instituições de beneficência de Goiânia não atingirem seu objetivo de extinção da mendicância, com o estabelecimento do equilíbrio econômico-social para as classes desvalidas, será ela permitida para as pessoas reconhecida e permanentemente inválidas que não disponham de meios para sua subsistência própria.

Art. 4º - Para que possam mendigar os inválidos devem conduzir chapa especial, fornecida pela Polícia Civil do Estado, com os dizeres “Estado de Goiás – Polícia Civil – Mendigo” e mais o número de ordem, relativo ao portador, fornecido seriadamente pela repartição policial a cada mendigo (Portaria nº 28, 15/01/1948).

Essa portaria, no mínimo curiosa, aborda a necessidade de combater a mendicância infantil, dos alienados e dos falsos mendigos. Ainda assim ela é permitida para os mendigos e desvalidos, enquanto não superada essa condição estrutural. A pergunta que fica é: como superar as condições de miséria no interior de um sistema econômico no qual a miséria faz parte do projeto? De todo modo, o *modus operandi* proposto por essa portaria é bastante singular, pois, ao passo que proíbe e coíbe pretende regulamentar a mendicância por meio de processos disciplinares, tais como a necessidade de se usar uma chapa contendo as informações, como um crachá. Outro documento importante é a lei de reorganização da Secretaria do Estado da Saúde,

incluindo a instituição no seu organograma, agora já fazendo referência ao nome que levaria no pórtico. Leia-se o trecho da Lei nº 863, de 5 de novembro de 1953.

Art. 3º - O atual serviço de Assistência a Psicopatas da Secretaria de Estado da Saúde e Assistência passa a denominar-se Divisão de Assistência aos Psicopatas.

Parágrafo único – Fica instituído, junto à Divisão de Assistência aos Psicopatas, o Hospital Professor Aduino Botelho, destinado ao internamento e tratamento dos doentes psicopatas (Goiás. Lei 863, 5/11/1953).

Há, como se pode observar, uma série de dispositivos que foram, paulatinamente, estruturando e preparando as condições para a existência e início dos serviços do *Aduino Botelho de Goiânia*. Mas, é preciso observar que, não obstante a esses aspectos, a primeira década de existência do *Aduino Botelho de Goiânia* foi marcada também por um processo de institucionalização do saber médico, justificado pela formatação de um ideário que consolidaria o saber-poder médico, propiciando inúmeras transformações tanto em termos políticos quanto em termos institucionais. Foi justamente nesse período, dada a consolidação da Capital como um espaço da modernidade e do progresso, que se estabeleceu uma série de condições científicas, incluindo aí instituições médicas e mesmo periódicos científicos relevantes no período.

Em primeiro lugar, deve-se destacar que é no bojo dessa compreensão de Goiânia como capital do progresso que a recém-batizada capital também era entendida como um lugar privilegiado para ser higiênico, limpo e saudável. Esse ideário pode ser representado pelas inúmeras construções de instituições médicas na cidade durante a década de 1950. Desse modo, eu sintetizei da seguinte maneira o panorama das instituições médicas criadas em Goiânia nesse período, feito por Dolles (1999): “Casa de Saúde Dr. Rassi, em 1942 e o Instituto Médico de Goiânia; no ano de 1954 é fundado o Hospital Santa Luíza; no final da década de 1950 é fundado o Hospital Santa Helena, ainda hoje existente em Goiânia” (Rego Santos, 2020, p. 122). Acrescente a essas instituições também a Colônia Santa Marta, destinada aos chamados leprosos, já mencionada anteriormente⁸².

⁸² Com essa ampliação do campo médico em Goiânia dois outros dispositivos são fundamentais para compreender como o saber-poder médico seria determinante para dar a esse lugar um ar de modernidade e higiene que a capital precisava: Revista Goiana de Medicina e a Faculdade de Medicina da UFG, criadas respectivamente nessa ordem, a primeira em 1955 e a segunda na década de 1960. Observemos brevemente a importância desses dispositivos na consolidação da medicina e do saber médico no período e sua importância, senão, obviamente, para a construção do manicômio da capital goiana, certamente para a sua consolidação como instituição médica. A *Revista Goiana de Medicina* teve sua primeira publicação no segundo semestre de 1955. Como argumentam Vieira e Lima (2017), tratava-se de um periódico que tinha como função justamente difundir e consolidar o saber médico na região de Goiás, bem como promover o que hoje chamaríamos de intercâmbio, propiciando que médicos de outras regiões pudessem publicar suas experiências e ideias. Numa análise específica do recorte de 1955 a 1962, observa-se que, segundo as autoras mencionadas acima, mesmo que os médicos goianos estivessem nas margens do saber médico

nacional, estavam localizados numa região que seria uma espécie de laboratório, isto é, estão em uma região privilegiada para estudar doenças tropicais, entre as quais destaca-se de maneira mais sistemática a doença de Chagas. É dessa proeminência que é possível produzir uma revista com esse porte e com tamanha importância, que procurava manter relação com a atualidade das questões médicas, com os vultos de modernidade, que representavam aquele tempo histórico, “[...] o qual tem estreita relação com o interesse que ela despertou no meio médico nacional” (Vieira, Lima, 2017, p. 164). Nesse período havia uma extrema preocupação com as doenças do meio rural bem como com a produtividade dos trabalhadores rurais e camponeses, nessa perspectiva as autoras argumentam que diante dessas preocupações o presidente Juscelino Kubitschek teria implementado medidas sanitárias para potencializar o desenvolvimento do Brasil em todas as suas regiões. “Desse modo, chamava atenção uma revista cujo foco recaía sobre as patologias que mais acometiam o homem do interior. O destaque conferido à tripanossomíase em sua linha editorial se deve ao fato de essa doença ter sido uma das grandes preocupações do período, e atribuímos a boa repercussão da revista ao interesse que o tema despertava na comunidade médica nacional e internacional na época considerada” (Vieira, Lima, 2017, p. 164-165). A *Revista Goiana de Medicina* será uma espécie de porta-voz desse discurso, entre outras coisas porque será ela que abordará de maneira mais sistemática as questões, problemas e avanços em relação à doença de Chagas. A revista se caracterizava como um periódico relativamente volumoso, especialmente por ser trimestral e cada número conter em média 100 páginas. “Sua paginação era contínua a cada número, ou seja, a cada ano, ao se iniciar um novo volume, reiniciava-se a numeração. Cada volume fechava, assim, com cerca de 400 páginas” (Vieira, 2012, p. 184). Como destaca a autora, trata-se de um número de páginas superior ao que se via em periódicos da mesma natureza. Além disso, tratava-se de uma organização editorial que é muito comum nas revistas científicas atuais, tais como originalidade, resumos em inglês e outros parâmetros estabelecidos pela Associação Médica Brasileira. O periódico também teve circulação em outros países, dado que se tratava de uma preocupação dos médicos goianos. Além de países da América latina como Argentina, Peru e Chile, países de outros continentes também tiveram acesso à *Revista Goiana de Medicina*: “Panamá, El Salvador e Nicarágua, da América Central, e Nova Zelândia, da Oceania, contribuíram com um periódico cada, sendo que deste último país veio o Bulletin of the Royal Society of New Zealand. De Cuba vieram três títulos e da Ásia, cinco – a maioria de sociedades médicas locais. Apesar das tentativas, os goianos não obtiveram êxito entre os africanos” (Vieira, 2012, p. 190). A Revista, não obstante tenha se dedicado sistematicamente ao estudo da Doença de Chagas, também se dedicou a outros temas que também estavam e foram surgindo no cenário da medicina goiana. Pelo que consta, foi publicada nesse formato até a década de 1990. Outro acontecimento importante é a criação, ou melhor, acoplamento da Faculdade de Medicina da UFG, na década de 1960. Como destaca o Dr. Rezende, inicialmente a Faculdade de Medicina pertencia à iniciativa privada e depois teria sido incorporada à Universidade Federal de Goiás como sendo a Faculdade de Medicina. Como argumentam Rezende e Rassi (2007, p. 413): “Os primeiros tempos da Faculdade de Medicina de Goiás, fundada inicialmente como entidade particular e incorporada à Universidade Federal de Goiás em dezembro de 1960, foram bastante difíceis pela carência de recursos humanos, técnicos e financeiros”. Pelo que se observa, todas as instituições que apareciam no Brasil Central em um determinado momento passariam por algum problema financeiro, quando este não era crônico. A Faculdade de Medicina também passou por problemas financeiros, além de questões técnicas. Mas, tratava-se de uma espécie de vitória não só dos goianos, mas também dos médicos, que tanto ansiavam pela institucionalização a partir de uma perspectiva pública. Em texto publicado na *Revista Goiana de Medicina* de 1960, Peixoto da Silveira, secretário do Estado da Saúde de Goiás quando da inauguração do *Adauto Botelho de Goiânia*, destaca a importância da Faculdade de Medicina, tendo como base inicialmente os dados demográficos que teriam aumentado em 2,7%, o que exigiria uma nova forma de pensar a questão da saúde. “Só esses dados, que justificariam a criação de escolas de Medicina em qualquer parte do país, justificam plenamente a fundação da Faculdade de Medicina de Goiás” (Peixoto da Silveira, 1981, p. 105). Não satisfeito com essa abordagem, o médico destaca ainda que o Estado Goiás, naquele período, ainda existiria outras justificativas para fundar uma escola de medicina: “[...] por condições naturais e agora por influência de Brasília, situa-se na faixa de maior desenvolvimento demográfico e cultural” (Peixoto da Silveira, 1981, p. 105). Mais adiante, após destacar que a instituição ajudaria a fixar os médicos em Goiás e em cidades do interior, pois, antes esses estariam nos estados e locais mais litorâneos e desenvolvidos, sublinha que há aspectos culturais muito relevantes que se estabelecem a partir da criação desse dispositivo. Em sentido semelhante ao descrito por Peixoto da Silveira, Vieira (2012, p. 268) destaca que: “A ideia da divisão do estado em zonas de saúde buscava justamente evitar que, ao prestar assistência no interior, o médico ficasse isolado em paragens longínquas. Assim, cada uma dessas zonas contaria com um hospital regional equipado para diagnósticos e tratamentos de rotina e de urgência. Casos de maior especialização seriam encaminhados ao Hospital Geral de Goiânia”. Nesse cenário, o que se pode observar é justamente a preocupação da medicina em ter um espaço seu no contexto das instituições tanto de ensino quanto de difusão do saber médico. Esse aspecto dava à medicina uma condição de poder que ainda não era vista em Goiás. Entre os fundadores da Faculdade de Medicina encontrava-se, por exemplo, o primeiro diretor do *Adauto Botelho de Goiânia*, o médico e psiquiatra Dr. Geraldo Brasil. De modo geral, o nosocômio de Goiânia situava-se em um lugar de difusão da medicina como saber e prática moderna.

Nessa seara, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho foi construído em Goiânia para ser um marco na organização do combate à loucura e às formas de desvio da norma que poderiam atrapalhar a imagem idealizada de uma capital que deveria ser limpa e moderna. Foi, portanto, uma instituição que, à sua maneira, sintetizava o saber-poder psiquiátrico como um dispositivo médico que teria o poder de combater certos desvios individuais e coletivos. Nesse aspecto, o *Aduino Botelho de Goiânia* é uma das instituições pioneiras na consolidação do saber médico, antes mesmo da existência de uma instituição pública de ensino para a medicina. Para garantir esse processo de racionalização e institucionalização do encerramento da loucura, essa instituição foi organizada a partir do ideário eugenista que permeou todo o seu período de projetamento, que estão presentes nos discursos de inauguração do asilo:

Aspectos mais gerais sobre estrutura e contexto, bem como as características dessa instituição, podem ser lidos em dois discursos proferidos no dia de sua inauguração. Entre elas está o relato do Dr. Geraldo Brasil⁸³, primeiro diretor da instituição:

Esta oportunidade constitui motivo de grata satisfação para o Governo deste Estado, que há muito desejava prestar, a tão dignos representantes da cultura nacional, sinceras homenagens pelos relevantes serviços que vem prestando a este Estado com operosa e sábia administração, nos setores que lhes dizem respeito. Também a Classe Médica deste Estado mediterrâneo conhecedora dos méritos e alto espírito filantrópico de tão aureolados cientistas patricios, ansiava para tributar-vos o seu profundo agradecimento pelo muito que tendes feito no sentido de elevar o padrão da assistência médica no setor a cada um inerente, repercutindo favoravelmente na atividade profissional de todos os esculápios que militam nesta terra. [...] Foi para nós, do coração do Brasil, nós que marchamos para o oeste num verdadeiro sentido de brasilidade, motivo do grande júbilo a criação do Ministério da Saúde. [falando ao ministro da saúde Miguel Couto Filho] Como é do vosso conhecimento, vosso idolatrado Pai [Miguel Couto] pioneiro na emancipação do Serviço de Saúde no Brasil, afirma em 1930, que: “*Não havia ainda penetrado em todas as consciências, que a primeira riqueza de uma nação, é o homem, o seu sangue, o seu cérebro e seus músculos e que ela estaria fatalmente condenada a decadência, quaisquer que fossem os tesouros que encerrassem quanto o homem que os habites não os merecesse*” [...]. [Dirigindo-se a Aduino Botelho] Constitui um paradigma para o administrador que visar ao bem-estar social e mental da coletividade. É este o desideratum que brilhantemente vindes conseguindo com as doudas medidas tomadas no ministério que vos coube a honra de dirigir. [...] Certo estou que agora venho me referindo, apenas a uma folha da árvore frondosa e amiga que todos acolhe e que há muito foi plantada no solo brasileiro pela magnanimidade de vosso espírito e irrigada por vossa notável inteligência. As vossas realizações de ordem científica e administrativa no setor psiquiátrico são todas impregnadas de alta sabedoria e proficiência e por serem inúmeras e de transcendental importância, jamais poderiam ser por mim fielmente enumeradas aqui. No entanto, nenhum dos aqui presentes ignora os novos rumos que destes a assistência a alienados em nosso país. É Grande a distância que separa as

⁸³ Segundo informações coletadas em depoimentos, o Dr. Geraldo Brasil teria sido um pioneiro na saúde mental de Goiânia. Além de ser o primeiro Diretor do *Aduino Botelho de Goiânia*, teria sido um psiquiatra humanista, que se preocupava com o bem-estar dos pacientes e para o seu tempo teria sido uma figura exemplar. Como destaca o também ex-diretor do *Aduino Botelho de Goiânia* na década de 1980, o Dr. Abrão Marcos da Silva, Geraldo Brasil teria sido, além de pioneiro, um psiquiatra humanista, que se importava com as pessoas e que teria feito o possível durante sua gestão para melhorar a instituição.

instalações dos atuais hospitais psiquiátricos do antigo casarão da Praia Vermelha construído em 1842, que como se sabe, foi tido na época como um verdadeiro palácio dado aos loucos e um dos mais modernos edifícios do gênero em todo o mundo (Folha de Goiás, 04/04/1954, *grifo meu*).

Além da forma elogiosa e extremamente grata que o Dr. Geraldo Brasil se refere aos responsáveis do Ministério da Saúde, observa-se como ele descreve o papel filantrópico e, segundo ele, sábio desses homens que tiveram a iniciativa de criar não só a instituição goiana, mas, toda a rede de instituições que se espalhava pelo Brasil. Deve-se observar ainda o modo como ele se coloca como um dos representantes da classe médica, elemento que de certa maneira tenta legitimar a psiquiatria como saber médico. Quanto à Goiás, o caso era de uma instituição que serviria a um estado central, importante, embora mediterrâneo, para o desenvolvimento e justamente por isso atravessado pelas novas condições que possibilitariam os sofrimentos mentais, que seriam condições oriundas da vida moderna. Geraldo Brasil ao retomar a fala de Miguel Couto da década de 1930, acaba por sublinhar e reforçar uma das principais características da biopolítica, no contexto do discurso eugenista, que é a apologia e uma defesa de um homem, que tenha cuidado para não degenerar o sangue, que tenha músculos fortes e um cérebro bem cuidado. Essa característica discursiva é vista principalmente em eugenistas da linha negativa, mas também da linha dita positiva, que entende que os resultados de ‘boas práticas’ corporais e mentais seriam transmitidos para as próximas gerações. Além disso, cumpre observar que esse homem tem que merecer os investimentos nesses pretensos melhoramentos, para que a nação não caia em decadência. Nesse sentido, trata-se de formas de governar, de controlar essas populações.

Ademais, o final desse trecho do discurso destaca que as instituições feitas seguindo o projeto do *Adauto Botelho de Goiânia*, dadas a sua estrutura e a sua moderna forma de serem construídas, seriam mais imponentes e modernas que o hospital nacional dos alienados, construído em meados do século XIX e era conhecido como palácio dos loucos. Nesse sentido, pode-se dizer que o *Adauto Botelho de Goiânia* foi construído para ser o palácio de doidos do Centro Oeste, embora com a suposta vantagem de ser mais moderno e estar alinhado com o que havia de mais avançado e especializado no tocante ao saber psiquiátrico.

José Alair, diretor da construtora que edificou o manicômio, destacou com mais detalhes a importância da obra e alguns detalhes do edifício que estava sendo inaugurado.

Inegavelmente, este constitui o marco inicial de um ano fecundo para Goiás, no setor de inauguração de melhoramentos públicos. No gênero, este o único estabelecimento hospitalar no Brasil Central. [...] Malgrado desconhecido de quase totalidade dos habitantes de Goiânia, é este o maior bloco de construção, constituindo um só corpo,

desta Capital, já que temos aqui 4.500 mts² de área coberta. Excluídas as dotações dispendidas com os serviços assessórios de água, esgoto, muros de contenção, terraplanagem e outros, toda essa área edificada ficou para o Governo, em média, ao preço de Cr\$ 1.200,00 o m². A parte levantada não representa metade do projeto geral, pois, deve ser construídos mais pavilhões de calmos, assim como de menores, sórdidos, delinquentes e outros, para débeis mentais de ambos os sexos. [...] Oxalá possa esta Casa, confiada a esse grande estudioso da psiquiatria que é o Dr. Geraldo Brasil, preencher as altas e humanitárias finalidades para as quais foi criada, disseminando, às man-cheias, o bem aos mentalmente anormais de todo o nosso caro Goiás. (Folha de Goiás 04/04/1954).

Os detalhes sublinhados por José de Alair mostram a imponência da construção do *Adauto Botelho de Goiânia* que, seguindo a arquitetura idealizada pelo SNDM, tinha uma estrutura muito grande. Observe-se que no período de sua inauguração apenas 4,5 mil m² estavam sendo entregues, faltando serem entregues muitos pavilhões para outras classificações da loucura. Reforça-se que se reporta a maior obra hospitalar do Brasil Central e a maior de Goiânia em termos gerais. Sem dúvida, uma obra imponente. Além desses aspectos, deve-se retornar ao início do discurso para que possamos observar que há um destaque, mesmo que superficial, quanto à relação ao caráter eugenista, dado que os discursos em torno do melhoramento da raça ou de instituições de melhoramento eram comuns no contexto do auge do desenvolvimento da eugenia no Brasil. Sendo assim, o que se vê é um discurso que, ao defender as chamadas instituições de melhoramento, também sublinha ao caráter biopolítico das instituições.

Todo o conjunto de acontecimentos tratava-se de um projeto nacional, como já se destacou anteriormente, que se desenvolveu no interior de toda uma lógica de embranquecimento, purificação da raça e combate aos considerados anormais. Uma das expressões mais significativas desse ideário é o discurso de inauguração da instituição, proferido pelo então Secretário de Saúde do Estado, o Dr. Peixoto da Silveira. Embora seja um trecho longo, sua transcrição integral se faz necessária:

Fixando diretrizes que valem como um programa, em um substancioso discurso de posse no cargo de Ministério da Saúde, disse, Sua Excia. O Sr. Miguel Couto Filho, cuja honrosa presença engrandece esta solenidade: “Dentre os deveres primordiais do Governo nenhum pode sobrepor-se ao de assistir à saúde do povo; este problema no nosso vasto Brasil encerra tamanha gravidade, tal amplidão e magnitude, que para ele se deve atentar com grande patriotismo; os recursos e os esforços máximos do Governo precisam ser mobilizados para curar, robustecer e valorizar o homem brasileiro”.

Sintetiza-se nestas palavras, o zelo de um homem pela vida de nossa gente, e definem-se os propósitos do Governo de promover o aperfeiçoamento da nossa raça. E ao ensejo da inauguração do Hospital Prof. Adauto Botelho, eu me felicito, e a todos vós, pela oportunidade que se nos depara, pelo motivo que, aqui nos congrega, fazendo-nos vibrar no mais puro e santo entusiasmo, em que nos despersonalizamos para integrar na grande epopéia do amor aos nossos semelhantes.

Esse nosocômio nasceu por força do convênio assinado no início de 1947, entre o S. N. D. M., pelo seu diretor, Prof. Aduino Botelho e o Estado de Goiás, pelo Senador Dário Cardoso. Como representante desta Unidade Federativa, tendo sido as obras contratadas com a Firma Goianenge que a iniciou em 1948. Inicialmente, cumpre salientar o espírito patriótico do Sr. Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Professor Aduino Botelho, que, espontaneamente, ofereceu, a este Estado, longínquo, a oportunidade de vir a possuir uma unidade hospitalar, que quando completada, rivalizar-se-á com as mais modernas do País.

Este o motivo, sobremaneira justo, porque foi escolhido o vosso nome, Sr. Prof. Aduino Botelho, para esta casa, num justo preito de reconhecimento ao seu benfeitor, seja apenas uma modesta homenagem ao vosso ilustre e aureolado nome. Como patrono deste hospital, madrugando na política interiorista que, hoje felizmente, já se vem generalizado nos demais serviços federais, fizeste-vos credor da estima e da gratidão do Governo e do povo de Goiás, em cujo nome tenho a honra de manifestar-vos, Sr. Prof. Aduino Botelho, os mais indeléveis e sinceros agradecimentos.

Em parte, devido aos precalços [percalços] burocráticos que soem interferir em obras deste vulto, em parte devido às naturais dificuldades do meio, a execução da planta ainda não se fez totalmente, mas os pavilhões concluídos já constituem um grande hospital, com capacidade para 120 leitos. Para aqui, logo após essa solenidade, serão baldeados 70 doentes que temos internados do hospício velho, cuja capacidade encontra-se há muito ultrapassada e, apesar da dedicação do seu Diretor, Dr. Geraldo Brasil e dos demais funcionários, não era possível atender convenientemente aos doentes que se achavam ali internados.

Daí a oportunidade desta obra cuja inauguração, por si mesma tão necessária e utilitariamente agradável ao Governo do Estado, torna-se ainda mais grata e aprazível por contar não só com a presença de seu epônimo, como de Sua Excia. O Sr. Ministro da Saúde e ilustre comitiva.

Além do nome de herdastes. Sr. Ministro Miguel Couto Filho, herdastes a alma e o coração, o espírito e o patriotismo do grande Mestre cuja descendência dignificais.

O acerto do sr. Presidente da República em vos colocando à testa da Pasta da Saúde, fundamentou-se na dedicação de uma vida, de estudioso de nossos mais graves problemas sanitários, em admirável “full time” de patriotismo; atesta-se pela sábia escolha que fizestes de vossos eficientes auxiliares, muitos dos quais nos honram neste instante; confirma-se pelo vosso espírito patriótico que sabe orientar, dirigir e exemplificar.

Homem de larga visão administrativa, consciente da grande responsabilidade de possuir sob vossa custódia a assistência médico-sanitária dos habitantes de um país que não é apenas faixa à beira-mar, já denunciastes a necessidade de uma atuação mais ubíqua, quando proclamastes que, “a assistência médico-social no meio rural é uma providência básica, primordial, para fixar-se o homem ao campo”.

Assim, Sr. Ministro, permite-me que vos apresente, em nome do Sr. Governador e do povo de Goiás, as nossas mais sinceras saudações extensivas aos vossos dignos auxiliares que convosco estão embrenhando-se pelos sertões a dentro, onde mora o cerne da nacionalidade”, nesta jornada evangelizadora da saúde de nossa gente, nesta marcha benfazeja de luz e de fé” (FOLHA DE GOIÁS 04/04/1954).

Este fez-se um discurso que trouxe à tona um conjunto de aspectos que sustentam não só as principais características do pensamento eugenista, mas também de uma série de outras propriedades definidoras do conjunto da sociedade brasileira, pelo menos desde a década de 1910. Entre essas características estão o nacionalismo, o elogio à modernidade e uma busca pela civilização dos espaços aos moldes europeus. O modo eugenista que caracteriza o discurso de Peixoto da Silveira pode ser observado pelo menos em cinco pontos ou aspectos, de maneira mais explícita: Primeiro, é quando o secretário faz menção ao então Ministro da Saúde Miguel

Couto Filho⁸⁴, que no seu discurso de posse no Ministério teria argumentado que entre os muitos deveres deste Ministério estava a importante missão de levantar e investir “[...] os recursos e os esforços máximos do Governo precisavam ser mobilizados para curar, robustecer e valorizar o homem brasileiro” (Silveira *apud* Folha de Goiás 04/04/1954). Essa forma de argumentação em torno do robustecimento, de uma busca da virilidade e da força da raça é uma das principais características do discurso eugenista, como se consolidou no Brasil. O segundo é quando traz em sua argumentação a forma segundo a qual o Ministro da Saúde expressaria o cuidado com a população goiana: “[...] zelo de um homem pela vida de nossa gente, e definem-se os propósitos do Governo de promover o aperfeiçoamento da nossa raça” (Silveira *apud* Folha de Goiás 04/04/1954). Observe-se, portanto, que o aperfeiçoamento da raça é um projeto de estado articulado fundamentalmente com a criação e ampliação dos serviços psiquiátricos, que se situa no contexto de modernização.

É neste contexto que o hospital da cidade de Goiânia é inaugurado, a característica particular deste processo está no fato de que a capital de Goiás havia sido planejada nos anos de 1930, com a intenção de projetar um ideal de modernidade capaz de deixar para traz as similaridades com o sertão e o Jeca Tatu (Paula, 2021, p. 524).

Já o terceiro aspecto relaciona-se com a fala sobre a herança do então Ministro: “Além do nome que herdastes Sr. Ministro Miguel Couto Filho, herdastes a alma e o coração, o espírito e o patriotismo do grande Mestre cuja descendência dignificais” (Silveira *apud* Folha de Goiás 03/04/1954). Nessas palavras há uma clara remissão à ideia de herança, de hereditariedade de supostos bons genes que, além de possibilitar a manutenção da família nos altos cargos do governo, também apontava para uma descendência que carregaria os mesmos genes adquiridos, em uma remissão, mesmo que indireta à eugenia de matriz neolamarckista. Quanto ao quarto aspecto de onde se extrai a característica eugenista é de uma suposta preocupação com o meio rural, que deveria ser cuidado, tratado, civilizado, porém longe dos grandes centros: “[...] a

⁸⁴ Deve-se destacar aqui que Miguel Couto Filho é filho justamente de Miguel Couto que também foi ministro da Saúde e um dos mais efusivos defensores da eugenia, especialmente no congresso nacional. Como já vimos anteriormente na citação de Aguilhar Filho, Miguel Couto fazia parte da bancada eugenista, que tinha forte influência nos rumos da legislação brasileira. “Certos integrantes da câmara federal neste momento eram eugenistas como, por exemplo, Miguel Couto e Xavier de Oliveira. Uma das discussões que seguem nesse período é em relação às leis de restrição de imigrantes no Brasil que se limitaram mais fortemente sobre a presença de imigrantes asiáticos, sobretudo japoneses e chineses” (Camargo, 2010, p. 42). Analisando trechos das falas de Miguel Couto Aline Cotrim (2012) destaca que a eugenia de Couto estava vinculada de maneira mais sistemática ao contexto da imigração, em especial dos povos asiáticos, como vimos acima. “A intolerância ao asiático era ainda mais forte em alguns setores da sociedade brasileira. O imigrante poderia trazer doenças e características negativas que poderiam penetrar na sociedade e levar à degeneração da população brasileira. Segundo Miguel Couto, este era exatamente parte do plano dos japoneses, que sofriam com a alta densidade demográfica em seu território e por isso precisam expandir para outras partes do mundo. O Brasil seria o país ideal, pois tinha um enorme território desabitado e um exército fraco” (Cotrim, 2012, p. 47-47).

assistência médico-social no meio rural é uma providência básica, primordial, para fixar-se o homem ao campo” (Silveira *apud* Folha de Goiás 03/04/1954). Finalmente, um quinto ponto é que todo esse caminho que a instituição representa não significa um ponto de chegada, mas sim uma das partes fundamentais do processo da missão civilizadora, a partir de uma perspectiva metafísica, evangelizadora. Perspectiva essa na qual os homens envolvidos passaram a ser vistos como sacerdotes, missionários, seres humanos que se despersonalizariam para atender a um aparente bem maior. Isso seria a unificação desse homem em torno da nacionalidade, no entanto, sendo este homem um tipo sadio que representasse esse período: “as nossas mais sinceras saudações extensivas aos vossos dignos auxiliares que convosco estão embrenhando-se pelos sertões adentro, onde mora o cerne da nacionalidade ‘nesta jornada evangelizadora da saúde de nossa gente, nesta marcha benfazeja de luz e de fé” (Silveira *apud* Folha de Goiás 03/04/1954).

Os signatários dessa marcha entenderam que se tratava, fundamentalmente, de uma caminhada rumo ao progresso, rumo à modernização e a instituição recém-inaugurada seria mais um exemplo desse processo:

Esse espaço deveria contemplar um novo projeto para o estado de Goiás, um projeto de modernização que deveria estar representado na arquitetura e no comportamento dos moradores. Daí a importância da construção do sanatório, principalmente, da sua localização ser fora desse tronco principal, deixando evidente a exclusão dos comportamentos tidos como não aceitos, inadequados para a sociedade que se cogitava naquele momento (Paula, 2019, p. 31).

No mesmo sentido, argumentei em outra pesquisa (Rego Santos, 2020) que essas características do *Adauto Botelho de Goiânia* o colocam em uma condição *sine quo non* no contexto do estado e da concretização do ideal de modernização que representava a nova capital goiana:

Não só em âmbito conceitual, mas no político e moral, esses discursos representam, embora tardiamente em relação aos grandes centros urbanos do período, os mesmos movimentos eugenistas, civilizatórios e purificadores que os caracterizam. Isso pode ser visto por meio da ideia de aperfeiçoamento, atrelado aos processos educativos, mecanismos que não conseguindo atingir o corpo, atingem a mente, formando mentes e mentalidades. [...] O *Adauto* traria à baila novamente o projeto sanitário, não concretizado, que alimentava, na década de 1930, a construção de uma nova cidade para sediar a capital (Rego Santos, 2020, p. 220).

Após a inauguração os serviços seriam iniciados efetivamente após 10 dias e já nesse período houve problemas. O documento do Serviço de Enfermagem do *Adauto Botelho de Goiânia* de 1978 apresentava a seguinte descrição da organização nesses primeiros dias.

“Funcionamento – Dez dias depois, ou seja, em 25 de abril foram transferidos os pacientes e funcionários para este hospital. Existiam aproximadamente de 65 a 70 pacientes e poucos funcionários”⁸⁵. O documento ainda destacava detalhes sobre como funcionava a administração.

No começo dessa administração, como Diretor do Hospital, encontrava-se o Dr. Geraldo Brasil, que deu boa assistência médica aos pacientes. O Dr. Alfredo Paes como médico da enfermaria de mulheres não era muito atuante em seus atendimentos. A administração foi confiada ao Sr. Sebastião Augusto que já era mestre de obra da construção do Hospital. Esse administrador agiu como um déspota com funcionários e até mesmo com internos. Não atendia o regulamento de serviço, tanto que no início os funcionários trabalhavam 12 horas por dia sem direito a reclamação e um simples atraso de 5 minutos ou a fuga de um paciente era motivo de suspensão ou exoneração (Serviço de Enfermagem, 1978, p. 1-2).

Esse tipo de relação ambígua existente entre os gestores e os demais funcionários atravessa toda a história da instituição. Mas, constitui também uma condição histórica que caracteriza as instituições totais, para utilizar o conceito de Goffman (1974). Tal condição passa a ser mais explícita, segundo Foucault (2019; 2010), a partir do momento em que a figura do médico passa a ter também o poder de administrador da instituição. “Se a profissão médica é requisitada, é como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência” (Foucault, 2014, p. 497). O que Foucault quer dizer não é simplesmente que o médico não representa a cientificidade, porém, de alguma maneira, isso seria um papel complementar. Quem vai explicitar de maneira mais didática essa função é Robert Castel, em *A Ordem psiquiátrica*, ao destacar que a ascensão do médico como administrador possui pelo menos duas características epistemológicas que, embora tenham aparecido no século XIX, de certa maneira ajuda a entender o caso na instituição aqui analisada: um corpo médico arcaico que tenta classificar e sua inserção efetiva no espaço hospitalar, que passa a ser reinterpretado justamente em função da presença do médico. “A etiqueta médica possibilitou uma certa credibilidade científica a um projeto político que, por sua vez, impôs a escola do tipo de cientificidade desenvolvida” (Castel, 1978, p. 118). Desse modo, é concernente a um papel de ordenamento.

Ainda segundo o documento analisado, nos primeiros anos de existência do asilo algumas questões faziam do dia a dia um cenário complexo no que tange às questões de segurança, de tratamento e mesmo de convívio:

⁸⁵ O mesmo documento destaca algumas informações sobre o antigo manicômio, cuja história ainda hoje é um mistério. Falando sobre o primeiro diretor do novo manicômio, Dr. Geraldo Brasil, o documento traz a seguinte informação: “Dr. Geraldo Brasil, Diretor do antigo Hospício, que funcionava em caráter precário na Vila Cristo Redentor, hoje Setor Aeroporto” (Serviço de Enfermagem, 1978, p. 1).

Naquela época não havia muro no hospital e os vigilantes tinham que ter muita vigilância com os internos. Como o tratamento dos doentes não era bem especializado por falta de medicamentos e de médicos, em todas as enfermarias eram frequentes as tentativas de fugas e os vigilantes tinha que ter muita vigilância com os internos [ou] recorrer aos “quartos fortes” que existiam nas enfermarias “Nelson Pires” e “Iracly Doyle”, abolidas em 1960, por Dr. Valter Massi (Serviço de Enfermagem, 1978, p. 2).

Embora tenha sido fundado para ser uma instituição de referência, alinhada aos mais avançados estudos e pesquisas em psiquiatria, aos pacientes que tentavam fugir era garantido o mais arcaico (embora muito utilizado na modernidade) dos mecanismos de contenção moral, o encarceramento. Esse tipo de quarto forte é uma espécie de prisão dentro da prisão, uma duplicação da prisão sobre si mesma, logo, uma potencialização do enclausuramento, uma forma de retirar a violência, uma forma de punição dobrada sobre si mesma. O documento sublinha ainda a quantidade de pessoal que trabalhava: três médicos, cinco enfermeiros, e mais 21 pessoas da parte administrativa (limpeza, cozinha e vigilância, almoxarifado, lavanderia). Acrescente-se a isso a descrição sobre o nome das enfermarias e outros detalhes adicionais:

03 enfermarias para cada sexo, a saber: no setor dos homens existiam as atuais “Maurício de Medeiros”, “Nelson Pires” e “Alves Garcia”. No setor feminino as atuais: “Iracly Doule”, “Leme Lopes” e “Wassily Chuc”. A “Wassily Chuc” e “Alves Garcia” na época chamavam-se “Juliano Moreira e funcionou tempos depois para pacientes particulares [...] havia superavit de leitos, aproximadamente 210 e roupas de cama em abundância para as seis enfermarias (Serviço de Enfermagem, 1978, p. 3).

Esse resumo sobre a organização da instituição nos seus primeiros anos mostra que o *Adauto Botelho de Goiânia* foi atravessado pelas contradições sociais às quais ele estava submetido. Além disso, destaca detalhes como os nomes das pessoas homenageadas batizando as enfermarias, aponta para características gerais que aconteciam nesse tipo de instituição. Outra questão importante é observar que nesse período não havia ainda superlotação e as roupas eram suficientes para todos os pacientes internados. Esse aspecto chama a atenção justamente porque, como veremos no decorrer deste trabalho, em determinado momento na instituição, os pacientes não tinham sequer roupas para vestirem-se. Desse modo, a instituição passou a ser considerado um depósito de loucos.

3.2. Representações da loucura na primeira década do *Adauto Botelho de Goiânia*

Neste tópico, partiremos para a análise de como os jornais da primeira década de existência do nosocômio goiano o abordavam. O primeiro recorte apresentado aqui está

inteiramente relacionado com a denúncia acima. Toda essa situação descrita neste documento de 1978 é confirmada por uma notícia/testemunho encontrado no *Jornal de Notícias*, do ano de 1957. O jornalista J. Décio teria sido levado ao manicômio pela “arbitrariedade da polícia” e teria ficado na instituição por três dias e depois seria liberado. Conta o repórter que nesses três dias teve a oportunidade de observar todo o funcionamento da instituição, a qual ele descreve, nas primeiras linhas, que continua a ser um lugar sem as condições adequadas para o funcionamento: “Aproveitando-me da ligeira estadia ali, vasculhei todas as dependências daquela instituição e verifiquei que ela continuava a mesma, isto é, em péssimas condições sanitárias e administrativas” (Décio, 11/07/1957, p. 8). Segue seu comentário destacando que nada tinha contra o Dr. Geraldo Brasil, a quem se manifesta de maneira elogiosa, humanitário e cientista competente. Todavia, destaca também dois personagens, entre eles o já citado senhor Sebastião Augusto. Segundo a reportagem, o Dr. Geraldo Brasil

[...] é a todo passo tolhido pela gritante má vontade do Dr. Irani Alves Ferreira, Secretário de Saúde que nada resolve e pelo gerente do Hospital, um tal Sebastião Augusto, elemento ignorante, de mentalidade escravagista, que se aproveita largamente do suor dos internados e nada dá em troca, preso a uma sovínice inigualável e a um instinto de maldade digno de nota. Por tudo isso, o hospital deriva à malroçagem sem medicamentos, sem uma administração digna desse nome, sem falar em outras mazelas repugnantes. Por exemplo: no pavilhão destinado aos indigentes, a miséria tem aspectos de verdadeiro purgatório (Décio, 11/07/1957, p. 8).

Não obstante aos personagens já mencionados, cumpre observar que, segundo a reportagem, o *Adauto Botelho de Goiânia*, três anos depois de sua inauguração não estaria nem de perto cumprindo o seu papel como instituição médica e terapêutica, objetivo para o qual fora idealizado e construído. Entretanto, isso não quer dizer que não estivesse cumprindo um outro papel que, embora implícito, deveria também ser exercido: combater a loucura e todos os seus nomes possíveis, entre os quais os pobres. Nesse aspecto, a miséria como um purgatório é a representação verbal de um dos objetivos da instituição, que era justamente ser um espaço para se encerrar os desviantes. A sequência da reportagem destaca ainda elementos importantes:

Gente sadia misturada com bobos e epiléticos, numa promiscuidade revoltante, pessoas que as famílias desalmadas abandonaram ali, continuam segregados da sociedade sem motivo algum, respirando aquele ambiente de miasmas, sem que ninguém dê-lhes algum amparo. Verdadeiro purgatório criado pelos inimigos da criatura, pelos idiotas de colarinho duro, que acham que a vida vai muito bem quanto eles vivem num mar de rosas, mesmo que sejam rosas podres (Décio, 11/07/1957, p. 8).

O colunista destaca ainda que muitos pacientes eram deixados na instituição por suas famílias, adjetivando-as moralmente. Ele destaca que as famílias seriam desalmadas, contudo,

não tão simples assim, caracterizar as famílias como más ou desalmadas. Deve-se destacar sim uma série de fatores estruturais e econômicos. Esse aspecto relacionado às famílias já foi destacado de maneira satisfatória na dissertação de Barreto (2018), a qual argumenta que muitas famílias enviavam seus loucos e loucas para o *Adauto Botelho de Goiânia* porque não tinham condições financeiras. No mesmo sentido argumenta o ex-diretor da instituição entre 1983 e 1987, Dr. Abrão Marcos da Silva, segundo o qual para muitas famílias, as condições financeiras eram muito instáveis, de modo que para muitas mandar as pessoas para a instituição era uma forma de alimentar tanto os internados e os que ficavam em casa e que a Ditadura Militar teria piorado tudo esse problema (Silva, 2022). Sobre essa questão, realizarei uma argumentação pormenorizada no capítulo seguinte. Diante de todo esse cenário descrito como sendo o mais desolador, espaço abandonado, espaço idealizado para ser justamente o que é, a reportagem faz ressaltar:

Entretanto, é preciso ressaltar a atuação dos empregados, na sua maioria bons elementos segregados, ganhando uma ninharia que custam a receber e dando tudo em função de seus cargos. Parece que a culpa pode muito bem ser dividida entre o Secretário da Saúde, as famílias idiotas e o administrador daquele instituto (Décio, 11/07/1957, p. 8).

No sentido do argumento anterior é preciso compreender melhor qual era efetivamente o papel das famílias na internação. É importante destacar que a eugenia depois da Segunda Guerra passou a ser utilizada a partir de outras perspectivas, entre elas uma reorientação, a qual fora direcionada para o combate aos pobres⁸⁶.

Como foi possível observar, nos documentos citados anteriormente, uma das questões que causavam muitos problemas para as pessoas responsáveis pelo manicômio eram as fugas. O *Jornal de notícias*, nos anos seguintes à inauguração da instituição, destaca dois casos de fuga. Um em 1958: “Louco Solto – No bairro Universitário, às 18,40 horas, foi preso o louco Djalma da Cruz, que, foragido do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, encontrava-se fazendo arruaças e pondo em perigo a segurança das famílias residentes naquele logradouro” (Jornal de Notícias, 195). Em outro caso noticiado a fuga acabou em morte.

⁸⁶ Esse novo cenário de combate à pobreza está vinculado ao modo como a eugenia foi se modificando durante o tempo: “Como ocurriría después de 1945, cuando la atención se redirigió hacia el Tercer Mundo y la “bomba” de la superpoblación, fue el interés por controlar e intervenir en las vidas reproductivas de un grupo social en particular, los pobres, lo que enroló a neomalthusianos y eugenistas en una misma cruzada” (Reggiani, 2019, p. 40). Nesse cenário, vale sublinhar que no Brasil até a década de 1960 ainda havia um clamor explícito pelas instituições e pelo projeto eugênico. Sobre isso, ver o recente trabalho de Góes (2023) *A Eugenia entre os séculos XX e XXI: uma discussão necessária*.

Demente pôs têrmo a vida saltando do Meia Ponte

Ante ontem, a Delegacia do 2º distrito Policial, por telefone, foi certificada que o demente Clemente Alfredo Gomes, que havia chegado de Brasília, e se encontrava no hospital Aduino Botelho, saiu correndo e pulou dentro do Meia Ponte, foi designado policiais do Corpo de Bombeiros para procurar o louco (Jornal de Notícias, 1960)

A questão que aparece fixada é como historicamente a fuga ou outros tipos de contravenções, no interior das instituições de encerramento, são tratadas como um evento ou um efeito incomum. Na realidade, diante de situação de encarceramento, as pessoas não estando mortificadas ou despersonalizadas não iriam tendencialmente procurar a liberdade, mesmo que isso pudesse ter consequências mais rígidas?

Em outra perspectiva, a instituição também representaria uma nova pedagogia, uma nova forma de organizar os espaços, ou também uma forma mais ampla de organizar a sociedade. Nessa perspectiva, o *Aduino Botelho de Goiânia* estaria situado no interior de uma reflexão sobre a história da loucura a partir de uma relação que essa instituição tem com a pobreza, ou melhor, com a forma segundo a qual a instituição assume um papel no governo das populações que estão fora do asilo. Segundo Le Blanc (2013) na composição da história da loucura há uma dupla função: afetar os que estão no interior do grande internamento da loucura, bem como produzir um efeito sobre um grande grupo de pessoas que eram e são consideradas improdutivas para a sociedade. Isso pressupõe uma espécie de imperativo segundo o qual mais do que nunca é preciso defender a sociedade dos loucos e de toda sorte de desviantes, anormais e vagabundos.

[...] o manicômio ampliou sua função: deixou de ser o lugar exclusivo para o tratamento para se tornar também o centro administrativo, a central de onde se espalham as ações para o grande encarceramento que se tornaria a sociedade. Dito de outro modo, o manicômio passa a ser o lugar a partir do qual seriam definidas e organizadas as estratégias profiláticas para o governo da população e o controle dos que são considerados potencialmente loucos ou desviantes (Rego Santos, 2020, p. 220).

No interior desse papel pedagógico no controle médico da sociedade, a instituição estabelecida em Goiás desempenharia papéis notadamente semelhantes com os demais espalhados pelo país, embora com as peculiaridades de Goiás. Pelo menos no Estado de Goiás, a imprensa frequentemente apresentava casos em que a relação loucura e crime se estabeleceria de maneira muito comum. Já em 1956 o *Jornal de notícias* apresenta aos leitores goianienses uma matéria com todas as características dessa relação. Já pelo título pode ler: *O retardado espancou uma família inteira*. O corpo da matéria destaca os detalhes do espancamento que teria acontecido na Villa Cristo Redentor. O crime teria ocorrido pelas mãos de um jovem de

13 anos de idade, cuja matéria identifica como E.M.A. O jovem teria espancado pai e filho, em seguida espancou também a mãe, que tentava ajudar.

A pequena vila ficou abalada com os espancamentos e aparece a polícia que, a custo, conseguiu prender o menor E.M.A. Conduzido à Central de Polícia foi examinado pelo médico que mandou interná-lo no Hospital Aduino Botelho, como débil mental. As vítimas foram medicadas e voltaram para sua residência (Jornal de Notícias, 22/03/1956).

Embora a descrição do caso possa parecer simples, o que se pode perceber é justamente uma gramática segundo a qual o texto é constituído para mostrar características diferentes das pessoas ditas anormais em relação às ditas normais. Afinal, um jovem de 13 anos, considerado normal, seria capaz de espancar uma família? Nesse sentido, nomenclaturas como ‘retardado’ e o uso frequente da palavra ‘espancamento’ dão a dimensão de uma certa força sobre humana, ao mesmo tempo terrível e fantástica.

Entre esses papéis observa-se que o manicômio goiano serviu em muitos casos como uma espécie de estágio para os presos, que antes de serem encaminhados para o presídio passariam primeiramente pela instituição e somente depois de atestada a sanidade mental é que seria encaminhado para a prisão ou vice-versa. Esse tipo de relação entre o crime e a loucura pode ser visto em inúmeras fontes jornalísticas do período, bem como o papel das forças policiais em serem os primeiros a terem contato com os loucos.

O débil mental ameaçava os transeuntes

Em ofício dirigido ao Secretário da Segurança, foi enviado para ser trancafiado no xadrez Central o débil mental Jerônimo de tal. O débil mental foi preso pelo patrulhamento da P.M. quando ameaçava os transeuntes usando uma enorme peixeira. Jerônimo, após um pequeno estágio no xadrez, será enviado para o Hospital Aduino Botelho (Folha de Goiás, 27/03/1958, p. 8).

Nessa primeira notícia pode-se observar essa relação umbilical entre a polícia e os loucos. O primeiro grupo a ser acionado era sempre a polícia, pois, como força repressiva seria a única capaz de lidar com o conjunto de perturbações causadas por esses condenados da terra. A matéria também aponta para a noção de estágio. Esse estágio, como já foi dito, representaria a passagem das pessoas presas pela cadeia e depois encaminhada para o manicômio ou da pessoa levada para o manicômio e depois, quando fosse o caso, seria levada do manicômio para a cadeia.

O *Aduino Botelho de Goiânia* também era utilizado como um dispositivo a mais para compor a carreira da pessoa. No caso a seguir, a pessoa presa passou do manicômio para a prisão, pois, teria sido comprovada sua má índole.

Ameaçou matar: do manicômio para o xadrez.

Embora não sofresse nenhuma perturbação mental, tempos atrás, após ter abatido covardemente sua própria esposa, Gumercindo Alves Nascimento, aproximadamente 37 anos, foi internado no Hospital Adauto Botelho. Todavia, em virtude de documento comprobatório, expedido pela Secretária de Saúde, foi constatado que o homicida não era débil mental como se supunha. Sua alta foi determinada para ontem, às 14 horas. Logo que foi transportado para o hospital – tempos antes – Gumercino teria dito que dali saísse, mataria incontente sua mulher (segunda) e sua filha de 3 anos. Segundo pessoas que ouviram a referida ameaça, disseram que Gumercindo falava de maneira muito convicta, tudo levando a crer que levaria avante a promessa. Também entra em cena, no caso, que o acusado e assassino é portador de má índole (Folha de Goiás, 29/05/1958).

Até a descrição dos fatos, ao que parece nada escapa de uma certa objetividade. A frase final, no entanto, remete à questão da subjetividade e da moralidade, uma vez que se mede também a chamada má índole, de Gumercindo. A questão da moralidade percorre indiscriminadamente a relação entre o crime e a loucura. Não é em vão que um dos primeiros movimentos para o combate à loucura, como vimos no capítulo 1, foi justamente o tratamento moral. Essa relação entre a polícia e os considerados desviantes também foi atravessada por muita violência. Um dos exemplos mais significativos trata-se de um espancamento realizado por policiais a um homem, na cidade de Anápolis. Segundo a matéria os policiais agrediram o homem de tal maneira que sem matá-lo, teriam o deixado com traumas profundos:

[...] depois da revoltante ocorrência, ficou meio transtornado, tendo sido necessário enviá-lo para Goiânia, a fim de ser internado no Hospital Adauto Botelho. Se os policiais não o assassinaram, como poderiam ter feito se não houvesse a interferência de terceiros, deixaram-no praticamente aleijado, estragando sua vida com esse choque psicológico que transtornou sua mente (Jornal de Notícias, 4/4/1957, p. 4-5).

De maneira geral, a imbricada relação entre o crime e a loucura é um meio também para organizar a relação com a monstruosidade e que remonta ainda ao século XIX. Segundo Foucault no curso *O poder psiquiátrico*, ministrado entre 1973-1974, essa relação entre o crime e a loucura ocorre justamente a partir de uma relação curiosa da presença de médicos opinando sobre processos judiciais. Essa intervenção tinha por finalidade tentar identificar se os criminosos tinham ou não uma doença mental (Foucault, 2006). Mas quais seriam as razões para essa curiosa postura dos médicos? É o próprio Foucault que levanta as condições acerca dessa ação:

Existe com certeza um certo número de razões, mas, creio que uma das razões é esta: é que se trata não tanto de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas de demonstrar – o que era muito mais grave, porém muito mais importante para o poder psiquiátrico – que todo louco é um possível criminoso. E a determinação, a vinculação de uma loucura a um crime e, no limite, da loucura a todo crime era um meio de fundar o poder psiquiátrico, não em termos de verdade, pois, precisamente

não é de verdade que se trata, mas, em termos de perigo: estamos aqui para proteger a sociedade, já que no âmago de toda loucura está inscrita a possibilidade de um crime (Foucault, 2006, p. 320)

Nessa perspectiva, Foucault argumenta em torno de uma construção interna a partir da qual o saber psiquiátrico se organizaria. Seria uma análise sobre a interioridade do saber, que é justamente o de se estabelecer como um poder que seria capaz de colaborar na organização e ordenação da sociedade. Embora Foucault não o descreva tão explicitamente, o contexto de sua análise é a sociedade liberal e contratualista. Dessa forma, relacionar esses elementos só é possível no interior das sociedades liberais. Tal fenômeno ocorre porque esses tipos de sociedades estão sob a égide do contrato social e se organizam a partir de uma lógica a qual o sujeito seria um sujeito de direito, mesmo que isso ocorra somente em termos mais teóricos que práticas.

Segundo Sérgio Carrara (1998), nesse tipo de sociedade contratualista e de base liberal não se aceita que as pessoas ditas racionais ataquem a sociedade, pois um dos princípios dessas sociedades é que elas são geridas pela razão. Logo, atacar a sociedade é atacar todo o conjunto de pessoas que a compõem e a si mesmo. Isso configura-se, portanto, não um ato racional e sim um ato que representa algum tipo de falta de plenitude das faculdades mentais. Nessa perspectiva, o que se faz em relação a esse indivíduo é criar e estabelecer mecanismos que o impeçam de continuar cometendo esses atos que são considerados criminosos. Esses dispositivos são diversos e podem ser um conjunto de leis, os hospitais, escolas, prisões entre outros tipos de mecanismos para coerção e combate.

O crime não é, senão, uma prova da irracionalidade do indivíduo por meio de um ato contra si mesmo. Como essas sociedades idealizam o ser humano como racional, logo dócil e harmônico, qualquer tipo de ato que subverta essa idealização é combatido. Para argumentar sobre essas hipóteses, Carrara (1998) destaca que para se estabelecer a constituição das relações entre o crime e a loucura, um dos motivos que melhor explicam é a maneira como o saber médico se relacionará e prevalecerá sobre os tribunais. É nesse sentido que o saber médico e, portanto, o saber psiquiátrico, elencaram as justificativas para que um determinado conjunto de normas seja constituído, por exemplo, na forma de lei. Como sublinha Carrara (1998, p. 71):

[...] os motivos que se apresentam para explicar o crime são moralmente tão inaceitáveis que a razão parece se recusar a compreendê-los, permitindo, exigindo mesmo, a presença dos alienistas nos tribunais. Ao que parece, a incompreensibilidade dessa modalidade de crimes reside no fato de eles não se apresentarem como mera subversão dos meios socialmente dados para a consecução de fins legítimos e desejáveis (riqueza, posição social, prazeres sexuais, etc.), como bem podem ser compreendidos furtos, estelionatos ou estupros. Nesses crimes, considerados

compreensíveis, se alguns valores são negados – o trabalho, no roubo, por exemplo – somente o são na medida em que outros valores estão colocados, sendo mesmo reforçados – a riqueza, ainda no exemplo do roubo.”

Em seguida Carrara ratifica sua posição:

Os crimes que clamam pelas considerações médicas parecem possuir uma outra estrutura, pois dizem respeito, primordialmente, à subversão escandalosa de valores tão básicos que se pretende estejam enraizados na própria ‘natureza humana’ – amor filial, amor materno ou piedade frente à dor e ao sofrimento humano. Desta maneira, não é surpreendente que tais subversões, tão radicais e escandalosas, coloquem em questão a própria ‘humanidade’ de parricidas, infanticidas, assassinos cruéis, sendo mais bem interpretadas no contexto das selvagerias da natureza, mais afeitas, portanto, à abordagem das ciências biológicas ou naturais (Carrara, 1998, p. 71).

Como se pode observar, a relação entre crime e loucura nas nossas sociedades carrega em si mesma as contradições e as condições próprias de um tipo de sociabilidade que não lida de forma positiva com a alteridade. Pelo contrário, entende-a como o que é diverso, múltiplo, diferente e utiliza-se desses elementos classificatórios⁸⁷ para definir quem é normal, anormal, criminoso, jovem infrator, vagabundo, enfim, toda sorte de nomes.

Entre esses nomes, no interior de conjunto classificatório, também figura o monstro. Em mais uma dessas notícias, observa-se novamente a relação de uma das categorias da loucura, o monstro, com o crime, com a repressão policial.

O monstro falou enfurecido: não matei ninguém

“Não sei. Não posso compreender por que tudo recai sobre mim. Não fui eu o mandante do assassinato do meu compadre ‘João Carola’. Não matei ninguém,

⁸⁷ Como destaca Thomaz Szasz, classificar está totalmente atrelado ao modo como os seres humanos se desenvolveram na terra. Segundo ele, classificar é algo tão comum que não teríamos outra forma de nos organizarmos sem esse ato ao mesmo tempo discriminatório e paradoxalmente necessário para as sociedades humanas. Comentando sobre a classificação em psiquiatria, destaca que: “En psiquiatria, el problema de la clasificación descansa en su totalidad en la premisa fundamental de que existen en la naturaleza estados mentales o forma de conducta anormales, y que situar a quienes padecen tales estados o despliegan tales conductas en categorías convenientemente rotuladas es válido desde el punto de vista científico y meritorio desde el punto de vista moral” (Szasz, 2001, p. 187). Mais do que isso, o psiquiatra estadunidense destaca que, principalmente depois do desenvolvimento de novos e mais modernos procedimentos científicos, ou aceitos como tal, a psiquiatria incorporou para si esses desenvolvimentos, mais explicitamente a partir de Krapelin, que ainda hoje é considerado um dos mais revolucionários contribuintes da psiquiatria, justamente pelo seu modelo etiológico. Segundo Szasz (2001), a partir de todos esses desenvolvimentos, a classificação psiquiátrica passou não só a dizer se uma pessoa é ou não normal, mas, acabou por definir o futuro dessas pessoas: “El nosólogo psiquiátrico no solo describe, pues, la llamada enfermedad de su paciente, sino que también prescribe su conducta futura” (Szasz, 2001, p. 199). Em outra parte de sua análise observa-se uma espécie de síntese sobre a classificação em psiquiatria: “La finalidad esencial de esta clasificación psiquiátrica es estratégica: primero, separar de los demás a quienes necesitan o merecen ser internados en el hospital neuropsiquiátrico; y segundo, separar de los demás a los que se muestran dispuestos a cooperar con las autoridades de la institución y están en condiciones de hacerlo. Claro está que esta clasificación solo beneficia a los psiquiatras; no beneficia a los pacientes, ni es esa su finalidad. El motivo de ello no reside tanto en alguna falla moral del psiquiatra como en la situación: no es posible ser un oficial clasificador y no classificar. El psiquiatra que assume este rol es como el juez: debe juzgar a los demás, o abandonar su rol” (Szasz, 2001, p. 207)

ninguém, sou um homem de paz, inocente, inocente seu Delegado”. Assim falou João Rodrigues Santana, chefe do ‘sindicato do crime’, organização que matou mais de 60 pessoas, - quando foi levado à Delegacia de Vigilância e Capturas, para fazer esclarecimentos em torno da acusação que lhe foi imputada, segundo a qual é o mandante [...]. Não obstante os protestos do chefe do ‘Sindicato do Crime’, as autoridades policiais, notadamente o cap. Eduardo das Neves, titular da Vigilância e Capturas tem convicção absoluta de que é realmente João Santana o co-autor do homicídio. Ontem, na hora da inquirição, o criminoso milionário fez revelações que se classificam, entre dramáticas e pitorescas. Disse que jamais “mataria meu compadre. Esses miseráveis pistoleiros vêm agora dizer que fui em quem mandou matar” (Folha de Goiaz, 13/09/1958).

A matéria por si mesma é mais um compêndio de informações comuns nas páginas policiais. O que efetivamente chama a atenção é que o título tenta mostrar como há um aspecto a mais no crime, que é justamente essa questão da monstruosidade. A figura do monstro, segundo Foucault (2010), surge a partir do século XVIII, e tem como característica ser um misto entre o animal e o humano, a mistura de duas espécies, de dois sexos, um misto de vida e morte. Trata-se, portanto, de uma figura transgressora. “Transgressão, por conseguinte, dos limites naturais, transgressão das classificações, transgressão do quadro, transgressão da lei como quadro [...]” (Foucault, 2010, p. 54), embora somente esses aspectos não sejam suficientes para dizer o que é o monstro. Para uma interpretação mais completa do que vem a ser o monstro é preciso ainda observar que sua transgressão abala tanto o mundo material quanto o transcendental. Daí, por exemplo, Foucault argumenta que: “Só há monstruosidade onde a desordem da lei natural vem tocar, abalar, inquietar o direito, seja o direito civil, o direito canônico ou o direito religioso” (Foucault, 2010, p. 54).

Nesse cenário, Canguilhem colabora na compreensão da história do monstro e da monstruosidade, segundo a qual “A existência de monstros questiona a vida quanto ao poder que ela tem de nos ensinar a ordem. [...]. Basta uma decepção dessa confiança, de um desvio morfológico, de uma aparência de equivocidade específica, para que um temor radical se apodere de nós” (Canguilhem, 2012, p. 187)⁸⁸. Seguindo esses passos, observa-se que a noção de monstruosidade do caso pinçado, está atrelada a um pretense desvio daquilo que seria mais moral que legalmente aceito, isto é, matar uma pessoa cuja relação se estabelecia de maneira íntima.

⁸⁸ Para uma história do monstro e da monstruosidade, uma leitura desse texto da Canguilhem é fundamental. Mas, não somente. Foucault em obras como os *Anormais* também aponta para as formas históricas da monstruosidade como maneira de sublinhar um deslocamento da própria loucura. Segundo Anne-Laure Allonche (2018) a monstruosidade era importante para Foucault justamente porque ela demarca uma loucura interdita e inclassificável, um erro de caráter biológico, um ser que viola tanto as leis morais como as leis da vida. “Le monstre est biologiquement inclassable du fait de son incomplétude, de son excès ou de la mixité des espaces qu’il porte en lui” (Allonche, 2018, p. 23).

Na matéria a seguir, embora não seja utilizada a palavra monstro a figura do homem-urubu aparece no mesmo contexto, pois, também se trata de uma pretensa desvinculação do que seria esperado de um homem considerado normal.

O homem sinistro residia em uma construção localizada na rua 256, Vila Coimbra. Os residentes daquele setor, não mais tolerando a presença do estranho inquilino da construção, pediram providências à polícia. As autoridades do 3º Distrito Policial, após localizarem o “Homem Urubu”, internaram-no no Hospital Aduino Botelho, onde deverá recuperar-se (Folha de Goiás, 6/7/1958, p. 8).

Nessa perspectiva, seguindo a análise de Anna-Laure Alloncle (2018), pensar a questão da monstrosidade é pensar justamente uma nova forma de exclusão, uma exclusão dupla, a partir da qual muitas figuras passam a ser englobadas, tal como caracterizou Foucault. Notadamente que essa relação entre loucura, crime e a instituição psiquiátrica atravessa a existência do manicômio goiano. Entre esses casos também estavam os relacionados ao alcoolismo, situação em que os usuários de bebidas alcoólicas, a depender do seu nível de consumo e dos pretensos problemas causados à sociedade, também eram encaminhados ao manicômio. A matéria de 1959 do *Jornal de Notícias* traz um exemplo desse caso:

Alcoólatra encaminhado ao “Aduino Botelho”

Por viver constantemente embriagado, foi encaminhado na data de hoje, para o nosocômio Aduino Botelho o indivíduo Nelson Viera, natural de Natal, R. P. Norte, mecânico, com 36 anos de idade, residente no bairro de Campinas. No período de 30 dias, Nelson foi preso por dez vezes, e sempre promovia arruaças nas vias públicas (Jornal de Notícias, 1959).

Outros problemas também atravessaram o nosocômio, no decorrer de sua primeira década de funcionamento. Inaugurado em 1954 sob o signo de uma das mais modernas instituições de saúde em Goiás, já nesses dez anos de existência o *Aduino Botelho de Goiânia* enfrentava problemas de ordem estrutural. Outras notícias dos jornais da época mostram que durante os anos seguintes à sua inauguração, a relação do nosocômio com os pobres e os criminosos, que em certa medida passaram a ser sinônimos, continuou existindo.

Essa instituição também era alvo de comentários irônicos, era utilizada como figura de linguagem ou era utilizada ainda como elemento para o debate eleitoral.

O Aduino Botelho apoia o candidato situacionista...

Com o título mais ou menos assim, circulou um jornal da cidade. E por falar em loucos, pois o Aduino Botelho é um jornal, quer dizer, um hospital para doentes mentais, esclarecemos aos nossos leitores que a votação decerto vai ser massiva. O Aduino tem 500 internos... Sabemos se todos irão votar. Tem também 50 servidores dedicados, agora se todos votam no Mauro é que não sabemos. E a personalidade

desses servidores? Será que são todos eleitores de cabresto? Ora gente, tempo de cabresto eleitoral já passou, ora essa ... (Jornal de Notícias, 28/11/1959, p. 3).

Ainda nos primeiros anos, após a inauguração da instituição, ela já se encontrava questionada pela imprensa. A sua estrutura e as condições já estavam em estado de deterioração e já se percebia o processo de superlotação, que não demoraria em se estabelecer que seria um dos grandes problemas históricos da instituição até o começo de suas contestações mais efetivas. Como se pode observar, nesse trecho da notícia de 1959, mostra-se que embora o número de servidores na instituição era de 50 para atender os 500 pacientes internados. Ao se colocar em paralelo os dados do início do funcionamento da instituição em relação a esses números, há um aumento significativo de pessoas internadas, de 60 para 500, um aumento de mais de 800%.

Esses problemas foram se agravando com o passar dos anos, de tal maneira que era comum ler notícias trazendo promessas dos governantes com fins a ampliar a instituição que já no início dos anos de 1960 encontrava-se em condição de precariedade e superlotação. Uma notícia do jornal *Diário do Oeste*, de 6 de maio de 1961, mostra um entrave da Assembleia Legislativa em relação ao financiamento do *Adauto Botelho de Goiânia*. O autor da matéria, Hélio Rocha, argumenta que a Assembleia teria mantido o veto do ex-governador do Estado, José Feliciano Ferreira, impossibilitando a aplicação de 200 mil cruzeiros para o asilo. Mas, antes disso o autor, na matéria de título *O “Adauto Botelho” e a AL*, apresenta as condições às quais o nosocômio goiano, “[...] cujas instalações se destinam ao abrigo de doentes mentais de todos os quadrantes de goianos [...]” (Rocha, 06/05/1961, p. 3). Sem mencionar o fato de atender às pessoas de todo o estado de Goiás⁸⁹ é considerado pelo articulista como um dos motivos da lotação e sublinha o seguinte: “[...] por isso mesmo, acham-se constantemente lotadas muito além de sua capacidade concebível, verifica, com constrangimento, a precariedade das condições em que vivem os internos do nosocômio” (Rocha, 06/05/1961, p. 3). Em seguida, observa-se uma descrição mais aguda, emocional e humanista das condições:

Ali reinam uma miséria e uma promiscuidade que fazem doer o coração. Apresentam seus compartimentos um quadro sombrio: homens e mulheres envoltos pelas trevas da pior, talvez, das doenças, abrigados, naquele teto, condenam-se a um espaço de vida torturante (embora a rigor, não tenham consciência de sua própria situação). Quem é ou quem são os culpados por essa situação? Os responsáveis pela direção do nosocômio? Faltam, a êstes maior zêlo e maior responsabilidade. Ao contrário, só o fato de se dedicarem a cuidar, missionariamente, dos infelizes atirados às trevas da loucura, os administradores, auxiliares e vigilantes responsáveis pelo hospital tornam-

⁸⁹ Deve-se destacar aqui que, nesse período, o Estado de Goiás ainda era um estado muito grande, pois ainda não havia sido dividido, o que somente aconteceria em 1988.

se mais que merecedores da gratidão e do aplauso da sociedade (Rocha, 06/05/1961, p. 3).

Essa situação é destacada por Hélio Rocha, como tendo responsabilidade secundária atribuída aos trabalhadores e trabalhadoras da instituição, que na visão do autor seriam heróis, dado o fato de se dedicaram a uma profissão considerada por ele sombria, que é justamente lidar, para usar os seus termos, como *as trevas da loucura*. Rocha atribui a responsabilidade, ou falta dela, mais à ausência de financiamento adequado por parte do Estado.

A culpa vem de cima, de um poder público que subvenciona necessidades menos importantes, relegando uma como essa tão vital no setor de assistência de um Estado. O ex-governador, por exemplo, no ano passado [1960], vetava um auxílio ao hospital, determinado por um projeto de lei que o Legislativo enviara à sua sanção. E esse veto voltou, há 3 dias atrás, a novo exame da assembleia. Transcrevo o que noticiou, a respeito, este mesmo jornal, na edição de sexta-feira “Durante os trabalhos de ontem da Assembleia legislativa foram mantidos dez vetos do ex-governador José Feliciano Ferreira. Figurava na agenda dos trabalhos o veto apostado à lei n. 2.885, que concedia subvenção anual de 200 mil cruzeiros ao Hospital “Adauto Botelho”, desta Capital, para sua manutenção. Sua aprovação, com os votos das bancadas do PSD e do PTB, provocou algumas observações na banca da imprensa, da parte de pessoas que assistiam à reunião. Argumentaram essas pessoas que se os deputados fizessem uma visita àquele nosocômio e verificassem suas enormes dificuldades, não manteriam o veto do ex-governador” (Rocha, 06/05/1961, p. 3).

Como se pode observar, há a denúncia sobre a negativa dos poderes executivo e legislativo quanto ao investimento, ao financiamento para a melhorias e manutenção das condições básicas da instituição. Aliás, valor que mesmo sendo liberado, apenas mitigaria algumas situações e não resolveria os graves problemas da instituição:

A rigor, uma dotação de 200 mil cruzeiros anuais significaria muito pouco às reais necessidades do estabelecimento hospitalar. Ensejaria, apenas, um desafio, mas não representaria a solução das dificuldades com que luta a direção da casa de saúde. Vetando-o, porém, o poder executivo patenteou má vontade em servir o hospital, como mantendo esse veto legislativo demonstrou-se desinteressado em oferecer melhores condições a uma massa de homens e mulheres que superlota o único hospital psiquiatra [psiquiátrico] do Estado (Rocha, 06/05/1961, p. 3).

O fato é que as condições do *Adauto Botelho de Goiânia* não se apresentavam como uma estrutura minimamente adequada e a negação do financiamento se mostrava como uma das condições a partir das quais a instituição, desde os seus primeiros anos, foi sendo abandonada. Segue a íntegra da lei que foi vetada e mantido o veto em 1961.

LEI Nº 2.885, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1959. Concede, uma subvenção anual de Cr\$ 200.000,00 ao Hospital Adauto Botelho para auxílio em sua manutenção. A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS decreta e eu promulgo a

seguinte Lei: Art. 1º - Fica concedida uma subvenção anual de duzentos mil cruzeiros (Cr\$ 200.000,00, ao Hospital Adauto Botelho, desta Capital, para sua manutenção. Art. 2º - O orçamento Geral do Estado consignará, anualmente, dotação especial ao cumprimento da presente Lei. Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 13 de novembro de 1959. VETADA. (Mantido o veto na sessão de 4/5/61).

Como uma instituição pode ser mantida adequadamente sem recursos? O projeto de abandono e empobrecimento da instituição ocorre já no início do funcionamento da instituição. Para melhorar a situação, uma das formas de tentar combater essa situação foi por meio da filantropia, o que efetivamente nunca resolveu muita coisa. Como se pode denotar de uma notícia de 02 de dezembro de 1962, já se cogitava um cuidado mais humano em relação aos internados. Isso quer dizer que muito provavelmente essas pessoas já se encontravam em situações de despersonalização e mortificação do eu, para utilizar a expressão de Goffman (1974). É nesse cenário que ações de caridade vão começar a aparecer, antes mesmo das notícias das intenções governamentais. Diz a notícia:

MAIS DE TRINTA VOLUNTÁRIAS EMPENHADAS NA HUMANIZAÇÃO DO ADAUTO BOTELHO

Prevendo pleno êxito à campanha de humanização dos internados do hospital Adauto Botelho, lançada dias atrás, o médico Hugo Alexandre Alves da Costa, diretor do departamento hospitalar da secretaria da saúde, disse ontem à reportagem que, para tanto, há de concorrer muitíssimo a boa vontade do voluntariado que se ofereceu à nobre tarefa, composto, até agora, de mais de trinta senhoritas. (p. 2). A universitária do serviço Social Maria Célia – informou o médico Hugo Alexandre – comanda o grupo de voluntários e procede com o diretor do Adauto Botelho, facultativo Geraldo Brasil, e Administrador Aládio Tovar ao levantamento da situação dos doentes internados no nosocômio.

Dois períodos

Informou o diretor do departamento hospitalar da Saúde que, tendo em vista o melhor aproveitamento possível dos trabalhos, a campanha de humanização do Adauto Botelho dividiu a tarefa em dois períodos, pela manhã e pela tarde. Tal divisão de períodos para os trabalhos já demonstrou ser produtora, conforme pode se observar no rendimento do que até agora foi desenvolvido pela campanha.

As voluntárias

Até o momento, 32 voluntárias estão integradas à campanha de humanização do hospital Adauto Botelho, sendo que 9 delas estão trabalhando pela manhã até às 23 horas (Correio Braziliense, 02/12/1962, p. 2, 7).

Durante os poucos anos depois de sua inauguração, *Adauto Botelho de Goiânia* já se encontrava sob contestação, que se pode deduzir, tanto das estruturas quanto das relações que eram estabelecidas com os internados. Se o que ocorria era uma humanização, o que estava em jogo não era outra coisa senão a condição a qual essas pessoas estavam submetidas. Deve-se destacar que esse mecanismo solidário está vinculado a um sentido filantrópico notadamente humanista que estava presente, tanto no Brasil quanto em Goiás, no instante da inauguração

dessa instituição psiquiátrica, como já vimos anteriormente. Destaca-se ainda que esses atos consagrados à caridade estão relacionados sistematicamente às figuras femininas⁹⁰. Era muito comum em Goiás essa questão do voluntariado e podia ser visto já em notícias das primeiras-damas do estado, a mais famoso foi dona Gercina, mulher de Pedro Ludovico⁹¹.

Poucos anos depois, iniciou-se uma espécie de saga capaz de mostrar o que estou chamando aqui de abandono. No decorrer da década de 1960, há um número significativo de notícias que falam da situação do *Adauto Botelho de Goiânia*. Em 1963 em matéria do *Correio Braziliense*, lê-se o seguinte:

Ampliação do hospital Beneficiará Brasília

O deputado Peixoto da Silveira (PSD-Goiás) apresentou à Câmara, autorizando o Poder Executivo a abrir pelo Ministério da Saúde, o crédito especial de 80 milhões de cruzeiros destinado à ampliação e equipamentos do Hospital Adauto Botelho, de Goiânia. Justificando a proposição, disse o representante goiano, que a melhoria e ampliação daquele hospital não interessam apenas ao Estado de Goiás, mas ao próprio Distrito Federal, “pois com o advento de Brasília, que ainda não tem hospital de doenças mentais, dezenas de doentes mentais são encaminhados para Goiânia (*Correio Braziliense*, 05/04/1963)

Como se pode inferir, pelo menos do ponto de vista do discurso institucional e médico, uma reestruturação do manicômio seria uma necessidade e mesmo uma urgência, pois, isso em tese levaria a melhoria de condições de cura das pessoas. Além disso, a necessidade de ampliação das dependências da instituição, teria um papel fundamental para Brasília, pois, a nova capital também não tinha instituição manicomial, sendo os loucos encaminhados à Goiânia. Além disso, embora a notícia não diga, já nesse período há indícios de superlotação do manicômio que chegaria aos anos posteriores a uma condição extrema quanto a quantidade de pessoas internadas. O projeto ao qual a notícia se refere, Projeto 140, de 1963, traz com mais detalhes a questão. Os dados mais gerais estão corretos na notícia, mas é preciso detalhar um pouco a justificativa. Em primeiro lugar Peixoto da Silveira faz questão de destacar doentes

⁹⁰ Martins (2015), no texto *A feminilização da filantropia*, faz um panorama do modo como a filantropia foi sendo relacionada à figura feminina. Ela mostra que essa construção tem um aspecto religioso e social segundo o qual as mulheres teriam uma condição bondosa, algo que seria inato a elas e que isso seria fortalecido com diversas representações feitas sobre as mulheres. Martins (2015) mostra ainda que em muitos casos a filantropia foi também utilizada por mulheres como uma forma de superarem limites: “Apesar dos caminhos diferentes, as mulheres que se envolveram com a filantropia passaram por esta experiência de ir além de seus jardins. Mobilizadas pela religião ou pelo discurso laico reformista, entenderam que seu lugar no mundo poderia ser ampliado. Para muitas delas, não se tratava tão somente de conquistar mais status de classe, mas outros espaços e almejar outras paragens para além do lar, como escolas, hospitais, escritórios, instituições sociais e, por fim, a estrutura de serviços públicos mantida pelo Estado” (Martins, 2015, p. 26).

⁹¹ Quanto ao caso de Goiás, a figura de Dona Gercina se notabilizou como uma espécie de matriarca da caridade, de tal modo que no município de Goiânia, foi criada uma comenda com o seu nome: Resolução n° 006, de 08 de agosto de 2006. “Institui a Comenda Municipal do Mérito de Assistência Social Gercina Borges Teixeira”.

mentais são um problema nacional e que o caso Goiás e Distrito Federal só solidifica a necessidade de mais recursos para o manicômio goiano: “Isso porque com o *advento de Brasília, que ainda não tem hospital de doenças mentais, dezenas de doentes são encaminhados para Goiânia*” (Peixoto da Silveira, 1963, p. 166, *grifos do autor*). Silveira destaca ainda que o *Adauto Botelho de Goiânia* é o único hospital “Neuro-Psiquiátrico [...] para doentes mentais no Estado de Goiás, ou pior, no Brasil-Central” (Peixoto da Silveira, 1963, p. 166, *grifos do autor*). É preciso destacar que em 1963 já estava instalado em Mato Grosso uma instituição psiquiátrica de mesmo nome.

Na descrição da instituição pode-se ler sobre a dimensão e sobre o número de internados nesse período: “Localiza-se em área de mais de 10 (dez) alqueires. Sua planta original, feita de acordo com as normas do Departamento Nacional de Doenças Mentais, foi executada em várias fazes” (Peixoto da Silveira, 1963, p. 166). Como se sabe, muitas etapas não foram concluídas, o que acarretava a diferença entre os leitos e as pessoas internadas, cujos números no período o ex-secretário de Saúde destaca: “No momento, comporta 250. Mas acha-se superlotado, com 670 doentes internados” (Peixoto da Silveira, 1963, p. 166). Além do mais, reitera: “Aflitiva, pois, é a situação daquele hospital especializado. Urge sua ampliação imediata” (Peixoto da Silveira, 1963, p. 166). No restante da justificativa, há um destaque maior sobre como, para Peixoto da Silveira, a densidade demográfica seria um fator que acarretaria a necessidade de investimentos públicos para minorar a situação que estaria se instalando em Goiânia. Outras promessas foram feitas, às quais abordarei no capítulo seguinte sobre o contexto da Ditadura. De todo modo

O sanatório [...] funcionou como uma forma de constituir um controle sobre o comportamento dos indivíduos e demarcar as fronteiras entre o passado em que se conhecia os apelidos destes considerados loucos que perambulavam pelas ruas, e o futuro em que os mesmos seriam designados pela categoria que passavam a habitar (Paula, 2019, p. 31).

De maneira geral, como se pode observar, o *Adauto Botelho de Goiânia*, na sua primeira década de existência nunca esteve, sequer, perto de ser a instituição modelo para o atendimento e cura das pessoas loucas. Contudo, isso não quer dizer que a instituição tenha falhado, pois, ela exerceu aquele que seria o seu objetivo: combater e excluir a loucura das relações sociais mais amplas. Seja por meio do combate aos anormais, aos alcoólatras, ou seja, ainda tentando produzir um efeito pedagógico na sociedade como um todo, por meio da gestão da pobreza, destinou sempre um lugar cativo para que os pobres pudessem ser internados na instituição. É nesse sentido que não se pode descartar desse cenário que o *Adauto Botelho de Goiânia* foi

constituído sob a lógica eugenista e que o contexto nacional estava situado ainda nesse cenário, por mais que o nome eugenia não seja usado com frequência. Mesmo não usando o nome, as práticas giraram em torno do combate à pobreza e à loucura, que em determinado momento são sinônimos, e que foram os interesses eugenistas no seu momento mais popular, no Brasil. É em torno desse cenário e da relação com a Ditadura Militar que giram os próximos capítulos desta tese.

CAPÍTULO 4

O ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA SOB A DITADURA MILITAR

Neste capítulo, considerando os aspectos de transição em que a sociedade brasileira passou, apresentamos a relação contextual entre os acontecimentos que afetaram o Brasil a partir da segunda metade da década de 1960. A Ditadura Empresarial Militar como um marco na história brasileira produziu ao mesmo tempo violência por parte do estado contra a população civil, bem como fez com que os civis se organizassem para lutarem não só por liberdade, mas, contra formas de violência como a tortura e a pobreza, tão comuns nos locais de encerramento.

Nesse contexto, cumpre destacar como as questões relativas à saúde de modo geral e a governabilidade social se estabeleceu no Brasil, e de maneira mais específica teve espaço de destaque os espaços manicomiais. No que tange à governabilidade da vida, uma das formas mais violentas que se teve no país, naquele período, foi a esterilização de milhares de mulheres por todo o território nacional, com foco nas mulheres mais pobres e negras. Na esteira desse processo a ditadura também utilizou de muitos espaços manicomiais para torturar presos políticos, bem como para deslegitimar pessoas que fossem contrárias.

Considerando esses aspectos, problematizamos o lugar dos hospícios na Ditadura, momento a partir do qual analisamos o lugar da *Adauto Botelho de Goiânia* durante esse período. Tal instituição se apresenta no interior de muitas contradições, de polêmicas e denúncias e por mais que se tenham indícios, as fontes não nos autorizam a cravar que o asilo goiano tenha sido usado sistematicamente para torturar presos políticos. Por outro lado, a instituição aparece, isso sim, como um espaço para gestão da vida, especialmente dos pobres, tirando-os de circulação.

Como debatemos durante o capítulo, uma das principais funções da instituição no período ditatorial foi justamente fazer a limpeza das ruas, de tal modo que é justamente nesse período que se tem o registro do maior número de pessoas internadas no manicômio público de Goiás, cerca de 1000 pessoas. No contexto das contradições e ambiguidades, foi nesse período também que um processo interno de disciplinarização começou a ser observado. Regimentos, normas de conduta, formas de registros passaram a estar na ordem do dia da instituição, como que se começando sem qualquer referência a documentos anteriores. Processo esse que se pretendia de organização, mas que era também de medicalização disciplinar e de racionalização do espaço asilar.

Outro aspecto importante que detalhamos neste capítulo é também o lugar do *Adauto Botelho de Goiânia* na política de repressão da Ditadura Militar. A partir do Golpe de 1964 ou outra forma de repressão e governo da vida se instala no país, as instituições psiquiátricas passam a fazer parte do grande conjunto de instituições a serviço da governabilidade da vida, definindo quem deve ou não ser preso, quem poderia ou não ser internado, quem deveria ou não ser morto. Outra característica importante do manicômio goiano é que ele foi afetado diretamente pela Ditadura, pois, ao mesmo tempo que foi abandonado era também o lugar ao qual pessoas abandonadas eram enviadas, dadas as condições degradantes da maior parte da população brasileira e goiana sob a tutela dos militares.

A partir de uma série de fontes inéditas, bem como de entrevistas, este capítulo problematiza dois períodos da existência do *Adauto Botelho de Goiânia*: um que abarca a primeira década de existência, que mostra as contradições de uma instituição que criada para tratar, mas que serviu fundamentalmente para combater pobres e loucos e um outro que traz novas evidências; o outro período discute as inúmeras contradições e promessas no interior da Ditadura, desde a relação com a Doutrina de Segurança Nacional até o uso do eletrochoque no interior da instituição. Nós não tratamos nenhuma das condições a partir de uma perspectiva moralizante, nosso intuito é mostrar as contradições, limites, e ruptura desta instituição no interior de uma determinada racionalidade.

Foi justamente no período ditatorial que se consolidou a noção de que a instituição seria um depósito de loucos, um espaço para limpeza das ruas, espaço onde, tanto a polícia quanto as famílias geralmente empobrecidas, encaminhavam as pessoas. Nosso foco, portanto, é esse aspecto da governabilidade da vida, via poder psiquiátrico, com a finalidade higiênica da limpeza dos espaços públicos, somada a uma reflexão de como a pobreza fora psiquiatrizada, patologizada e posteriormente encerrada na instituição manicomial goiana.

4.1 Aspectos gerais da Ditadura no Brasil

Na aula do dia 26 de janeiro de 1978 do curso *Segurança, território e população*, ao diferenciar a maneira como a noção positiva de população se organiza no século XVIII, Foucault argumenta que é a partir dessa mudança de perspectiva que uma nova forma de organização da vida será produzida.

No caso da população tem-se algo bem diferente de uma coleção de sujeitos de direito diferenciados por seu estatuto, sua localização, seus bens, seus cargos, seus ofícios; tem-se um conjunto de elementos que, de um lado, se inserem no regime geral dos seres vivos, e, de outro, apresentam uma superfície de contato para transformações autoritárias, mas refletidas e calculadas (Foucault, 2008, p. 96).

Os movimentos ditatoriais que assolaram a América Latina não foram simplesmente um acontecimento do acaso, mas, um conjunto de ações e acontecimentos racionalmente organizados que transformaram essas experiências não só em trágicas, mas também em verdadeiros laboratórios do neoliberalismo. Entre os exemplos dessas ditaduras como laboratórios do neoliberalismo, podem ser citadas: a Ditadura chilena, a Ditadura argentina e a brasileira.

Nesse cenário pode-se observar o aparecimento de expressões mais acentuada do uso como controle populacional, controle de natalidade, planejamento familiar, combate à pobreza e outros⁹². A Ditadura Empresarial Militar no Brasil é estudada por muitos vieses, nos últimos anos. Não obstante a importância dessas perspectivas, tomamos esse acontecimento no Brasil como presente no interior de um conjunto de racionalidades. Não se trata de dizer que Ditadura não foi violenta, que não torturou, que não cometeu as mais terríveis atrocidades. O que está em jogo aqui, ao contrário, é justamente mostrar que toda essa violência se situa e é fundamentada num conjunto racional.

Um dos aspectos dessa racionalidade é compreender o que foi a Ditadura. Observa-se com frequência que muitos autores utilizam a terminologia Ditadura Civil Militar, dando uma impressão segundo a qual o conjunto da população civil teria participado e legitimado as ações dos militares. Certamente existiu a participação de muitos setores da sociedade civil, contudo, ampliar isso para a sociedade como um todo, parece, no mínimo, um equívoco. Nesse sentido, deve-se compreender quais classes da sociedade civil fizeram parte da organização e da instalação do regime de repressão.

Segundo o argumento de Daniel Arão Reis (2012) tentar desvincular a sociedade civil do golpe seria justamente esquecer que foi somente por influência da população que o golpe teria condições de perdurar por tantos anos.

As marchas da Família com Deus e pela Liberdade mobilizaram dezenas de milhões de pessoas, de todas as classes sociais, contra o governo João Goulart. A primeira marcha realizou-se em São Paulo, em 19 de março de 1964, reunindo meio milhão de pessoas. Foi convocada em reação ao Comício pelas Reformas que teve lugar uma semana antes, no Rio de Janeiro, com 350 mil pessoas. Depois houve a Marcha da

⁹² Segundo os estudiosos da história da eugenia, essa mudança dos nomes se configura como um processo de sofisticação e ao mesmo tempo uma tentativa de apagar a eugenia da história das ciências e da biografia dos cientistas adeptos. Como já vimos, no início da segunda metade do século XX, a eugenia começa a se sofisticar e os seus signatários passam a utilizar outros nomes, outras formas de buscar suposta melhoria da humanidade, sem utilizar nos discursos o recurso à raça. Esse movimento foi mais sistemático na América Latina a partir do combate aos pobres. Como veremos, a ditadura será um dos meios para acentuar esse combate.

Vitória, para comemorar o triunfo do golpe, no Rio de Janeiro, em 2 de abril. Estiveram ali, no mínimo, a mesma quantidade de pessoas que em São Paulo. Sucederam-se marchas nas capitais dos estados e em cidades menores. Até setembro de 1964, marchou-se sem descanso. Mesmo descontada a tendência humana a aderir à Ordem, trata-se de um impressionante movimento de massas (Reis, 2012).

Dessa forma, o que eclodiu desses movimentos foi, segundo o próprio Reis (2012), uma série de modos em relação a um suposto movimento que seria contrário aos valores familiares e cristãos. O autor questiona quais seriam esses medos e como as pessoas estariam dispostas a reagir.

Tinham medo das anunciadas reformas, que prometiam acabar com o latifúndio e os capitais estrangeiros, conceder o voto aos analfabetos e aos soldados, proteger os assalariados e os inquilinos, mudar os padrões de ensino e aprendizado, expropriar o sistema bancário, estimular a cultura nacional. Se aplicadas, as reformas revolucionariam o país. Por isto entusiasmavam tanto. Mas também metiam medo. Iriam abalar tradições, questionar hierarquias de saber e de poder. E se o país mergulhasse no caos, na negação da religião? Viria o comunismo? O Brasil viraria uma grande Cuba? O espectro do comunismo. Para muitos, a palavra era associada à miséria, à destruição da família e dos valores éticos (Reis, 2012).

Todos esses receios foram se constituindo com base em inúmeras condições, a partir da forte propaganda inspirada na maneira como a Guerra Fria influenciava na organização do mundo ocidental. Efetivamente, isso acabou movimentando muitas pessoas, embora os que realmente estavam na linha de frente e ao lado dos militares não teriam sido uma massa de civis agindo sem atravessamentos ideológicos. O historiador Damian de Melo (2012) recupera a fala do historiador Carlos Fico em 2012 na Comissão Nacional da Verdade. Nessa fala, o historiador argumenta fortemente em defesa de que seria preciso caracterizar o Golpe de 1964 e sua manutenção tendo como base a ampla participação da sociedade civil e em especial das elites.

Segundo Fico, ao contrário do que diz ser uma “memória confortável”, o golpe de 1964 foi uma operação que contou não só com o apoio de parte da sociedade civil brasileira, mas com uma ação efetiva de elites civis. E um dos setores que mais apoiou o golpe foi a Igreja Católica, que ajudou a construir o movimento de massas que foi a base para o golpe, as conhecidas “Marchas com Deus, pela Pátria e pela Família”, em São Paulo (antes do golpe), Rio de Janeiro e outras capitais e cidades do país com o golpe já vitorioso. Segundo o pesquisador, tais marchas seriam a base de uma narrativa de justificação do golpe construída pelos militares durante toda a ditadura, segundo a qual “a sociedade clamou pela derrubada de Goulart, o que em grande medida é verdade!”, concluiu Fico. Ele também lembrou do apoio da imprensa ao golpe, cujo emblemas são os famosos editoriais do Correio da Manhã, que estamparam na capa do jornal os títulos “Basta!”, “Fora!” e “Basta e Fora”, precisamente nos dias 31 de março, 1º e 2 de abril de 1964 (De Melo, 2012, p. 42).

Inicialmente, não se nega que tenha existido a participação de setores civis no Golpe de 1964, contudo, é fundamental esclarecer e justificar o motivo da escolha feita aqui para

delimitar quem, quais grupos da sociedade civil estiveram vinculados na organização do regime, isto é, qual o motivo de acrescentar o termo empresarial, em vez de apenas civil, na identificação do regime autoritário se que estabeleceu no Brasil a partir de 1964? Essa escolha, ou melhor, essa utilização já não é mais novidade na historiografia brasileira, em especial no campo de estudos sobre o imperialismo estadunidense. Utiliza-se o termo não somente por alinhamento ideológico ou por convenção. Esse uso se justifica por meio das condições reais, pela materialidade das relações sociais. Considerar esse termo é, antes de qualquer coisa, tentar mostrar que no uso do termo civil há um grupo de civis específicos que financiou o Golpe: uma parte do empresariado brasileiro.

Esse uso terminológico é feito, por exemplo, por De Melo (2012), para quem o próprio apoio civil só pode ser utilizado como justificativa se for para caracterizar os grupos civis. Ou seja, quais grupos dos civis estavam realmente interessados em uma mudança de regime e com base em que circunstâncias? Utilizar o termo civil de maneira indiscriminada é incorrer no risco de desvincular os verdadeiros participantes e financiadores e, de certa maneira, até mesmo servir como uma forma de sustentação do discurso utilizado pelas Forças Armadas. O uso do adjetivo “Civil” amplia para toda a sociedade a relação com o golpe que foi estruturado justamente por uma parte pequena da população: O “[...]adjetivo visa lembrar que também parte dos civis apoiou o golpe e participou da condução do processo político entre abril de 1964 até 1985, quando a maior parte da historiografia localiza o fim daquela ditadura” (De Melo, 2012, p. 39). Mais do que isso, como destaca Dreifuss (1981) por mais que se usasse o termo militar e o termo civil

Um exame mais cuidadoso desses civis indica que a maioria esmagadora dos principais técnicos em cargos burocráticos deveria (em decorrência de suas fortes ligações industriais e bancárias) ser chamada mais precisamente de empresários, ou, na melhor das hipóteses, de tecno-empresários (Dreifuss, 1981, p. 417).

O que se observa é justamente a necessidade de se definir qual era a classe desses civis e por isso mesmo não há como desvincular o papel do empresariado na instalação do golpe. Trata-se de uma ação também da classe dominante brasileira.

[...] o golpe reverberado na esfera política e institucional do Brasil tem suas explicações nas especificidades do capitalismo dependente brasileiro. Nesse caso, as dificuldades encontradas pelo governo João Goulart não eram apenas de natureza política e observáveis pelo modo como o Congresso rejeitava a maioria das propostas reformistas. Mas, acima de tudo, o golpe se explica pela forma como a nossa elite comercial, agrária, industrial e bancária optou por um desenvolvimento econômico brasileiro baseado, a saber: em uma economia extremamente concentrada e

dependente do capital-imperialista, ou seja, extremamente assimétrica e subalterna em relação aos oligopólios do centro capitalista mundial⁹³.

Para compreender mais sistematicamente essa posição, observe-se mais uma vez os argumentos de Dreifuss (1981), o qual destaca a relação do empresariado e da burocracia estatal em sua relação com as empresas. Mais recentemente, em tese defendida em 2012, Paulo Henrique Pedreira Campos, destaca que a desvinculação, ou melhor, a delimitação sobre quais eram os civis envolvidos efetivamente na Ditadura, é mais uma vez debatida. Segundo Campos (2012) não é possível pensar a Ditadura brasileira sem pensar no papel fundamental dos empresários brasileiros, em especial dos donos das grandes empreiteiras brasileiras. Desde empresas de infraestrutura, passando por construtoras do setor de energia e mesmo de construção de casas, muitas eram os campos de atuação dessas empreiteiras. Mas também empresas de outros ramos estavam alinhadas à Ditadura Empresarial, como os setores de produção de veículos e de eletrodomésticos. Segundo ele, não é possível pensar nessa lógica do civil, sem pensar em como as empreiteiras foram fundamentais para financiar e apoiar o golpe e as demais medidas tomadas. Na parte final da tese o autor chega a dizer que, em um determinado período, tratava-se de uma ditadura da burguesia industrial de São Paulo (Campos, 2012). Outro aspecto sublinhado é a contradição do chamado milagre econômico, que no fim só foi milagre para certos grupos.

Apesar do sucesso dos números da produção e da acumulação de capitais, o crescimento do período 1967-1973 foi acompanhado do aumento da desigualdade econômica, da dependência tecnológica e dos preços. A produção se elevou sobretudo em bens de consumo acessíveis a estratos intermediários e elevados da sociedade, não atendendo na mesma medida às classes subalternas, que em geral não tinham rendimento suficiente para comprar automóveis e eletrodomésticos produzidos então. O próprio “milagre”, como destaca Paul Singer, era fruto em boa medida de uma repartição disciplinada da renda (Campos, 2012, p. 418).

O que o autor chama aqui de disciplinamento da renda pode ser entendido como uma rigidez quanto a quem teria acesso, isto é, os mais ricos em detrimento dos mais pobres. Tal diferença não tardaria a se mostrar, dado que a população de modo geral começou a sentir os efeitos de uma economia baseada na acumulação de capital e pouca distribuição de renda para as classes trabalhadoras.

⁹³ IELA-UFSC. Uma unidade de múltiplas determinações: considerações sobre o golpe empresarial civil-militar de 1964 no Brasil. 2022. Disponível em: <https://iela.ufsc.br/uma-unidade-de-multiplas-determinacoes-consideracoes-sobre-o-golpe-empresarial-civil-militar-de-1964-no-brasil/>

[...] as inversões em rodovias e hidrelétricas não eram acompanhadas de investimento em saúde e educação e o número de desnutridos se elevou de 27 milhões em 1961-1963 (38% da população) para 71 milhões de pessoas (67% da população) em 1968-1975. No final do ciclo de expansão, o nível de produção e desabastecimento da economia, que praticamente anulou a capacidade ociosa, levou à alta dos preços, parcialmente falseada pelo governo, e que foi um dos motivos para o fracasso eleitoral da Arena em 1974. A fragilidade da dependência de liquidez internacional se evidenciou com a crise na economia capitalista internacional, que afetou a continuidade do modelo, visto que as condições de crédito e juros no mercado internacional foram depreciadas a partir de 1973 e, sobretudo, após 1979 (Campos, 2012, p. 418).

Como se pode observar, há profunda relação entre o empresariado brasileiro e a gestação do Golpe e com a produção de um grupo significativo de pessoas empobrecidas, que, mesmo nessas condições, precisavam também ser contidas, encerradas e presas para manter uma suposta ordem social.

Feito esse conjunto de esclarecimentos, passamos agora a discutir como a ditadura lidava com esses grupos a serem combatidos. E não se está falando aqui dos jornalistas e estudantes, mas sim de outros grupos. Isso reverberou em muitas frentes, sendo um dos casos mais emblemáticos, a política de ataque às mulheres pobres em quase todo o período da Ditadura. Como mostra o documento da CPMI de 1991, muitas mulheres foram esterilizadas entre 1970 e 1988, justamente no contexto do agravamento da Ditadura. Ou seja, nessas quase duas décadas o número de mulheres esterilizadas era de mais de 5 milhões, o que representava na época um número superior a 15% das mulheres brasileiras. Vejamos a seguir a tabela dos estados e os percentuais de esterilização em mulheres em idade reprodutiva:

Tabela 2: Estados e percentual de esterilizações Durante a Ditadura Empresarial Militar

<i>Estado</i>	<i>Percentual</i>
<i>Maranhão</i>	79,8%
<i>Goiás</i>	74,7%
<i>Alagoas</i>	64,3%
<i>Pernambuco</i>	64,1%
<i>Piauí</i>	62,7%
<i>Mato Grosso do Sul</i>	61,3%
<i>Mato Grosso</i>	55,5%
<i>Amazonas</i>	55,4%
<i>Distrito Federal</i>	55,5%
<i>Rio Grande do Norte</i>	51,3%

<i>Paraíba</i>	47%
<i>Paraná e Bahia</i>	47%
<i>Rio de Janeiro</i>	46,3%
<i>São Paulo</i>	44,9%
<i>Minas Gerais</i>	42,3%
<i>Santa Catarina</i>	30,9%
<i>Rio Grande do Sul</i>	22,6%

Fonte: Relatório n. 2, CPMI da esterilização, 1993, p. 10.

Em seguida, o relatório chama a atenção para o fato de que o maior número de esterilizações tenha acontecido justamente nos estados mais pobres da federação. Em seguida, destaca-se a diferença entre os estados de maioria branca, como o Rio Grande do Sul, cujo percentual é muito menor do que outros estados. Dois aspectos ainda precisam ser mencionados: os estados com maior índice de esterilização são aqueles cuja maioria da população é negra, mostrando o caráter racista dessas ações e em seguida, destaca o desconhecimento de boa parte dessas mulheres, bem como o arrependimento delas depois de serem informadas que esses procedimentos seriam definitivos.

Um caso já mencionado no primeiro capítulo desta tese, que merece maior espaço aqui, é justamente a vala clandestina de Perus, em São Paulo. Esse cemitério foi um local onde foram enterradas muitas pessoas, especialmente aqueles que eram considerados anormais. Os dados analisados apontam para a existência de mecanismo de desaparecimento capaz de ocultar grupos considerados desviantes:

Este mecanismo resultava na perda de identidade de inúmeros cidadãos da cidade de São Paulo e municípios próximos, que gerou altíssimo número de "desconhecidos", pessoas cujas identidades eram perdidas, desconhecidas ou tiradas de maneira forçada, englobados em uma ampla acepção da categoria subversivo como aqueles que não se encaixavam na "norma": moradores de rua, mulheres, pobres, negros, loucos, comunistas (São Paulo, 2015, p. 13).

Essa vala clandestina foi utilizada significativamente pelo estado ditatorial com fins a ocultar os nomes dos mortos, bem como descaracterizar, despersonalizar as pessoas e causar ainda mais sofrimentos nos familiares. Além disso, era lugar também de enterrar os indigentes. No ano de 1976, foram jogadas 1049 ossadas na vala de Perus. A questão é que até o final da Ditadura muitas famílias não tiveram a oportunidade de enterrar dignamente seus mortos, que

eram sepultados coletivamente como indigentes, como pessoas em situação de rua, loucos entre outros.

4.2 As contradições do *Adauto Botelho de Goiânia* no período ditatorial

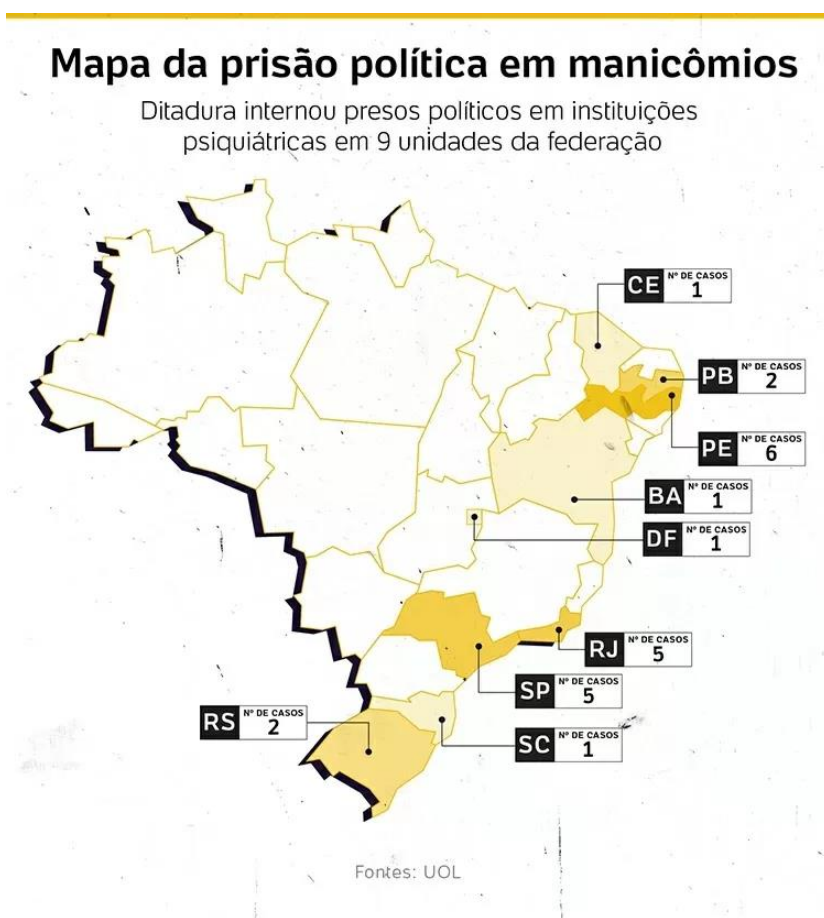
Além dos dois exemplos mencionados anteriormente, há uma outra instituição com lugar de destaque no período ditatorial: os manicômios. Portanto, os manicômios e a Ditadura Empresarial Militar aparecerem como que aglutinados como uma só força, especialmente depois das inúmeras revelações feitas pelas comissões da verdade espalhadas pelo Brasil, que resultaram no Relatório Nacional da Comissão da Verdade.

Destacam-se, entre essas comissões, o trabalho da CV de São Paulo, que dedica especial atenção aos usos dos manicômios pela Ditadura. Mas ainda há muita coisa tratada como óbvia, isto é, sendo a Ditadura opressora e violenta, os manicômios, nesse contexto, também seriam. Do ponto de vista histórico, não é possível fazer essas afirmações, é preciso entender como esses processos ocorreram, como se desenvolveram, quais procedimentos. Não se pode tratar como uma obviedade, é preciso, ao contrário, narrar a história, os acontecimentos, procurar e analisar as fontes, problematizar as continuidades e, inclusive, as rupturas e desvios.

No sentido do desenvolvimento desse tipo de análise, mais recentemente, algumas pesquisas surgiram no Brasil, embora a maioria esteja ligada à questão do papel *psi* durante a Ditadura (Coimbra, 2004; Correia, Dantas, 2017; Costa, Oliveira, Ferrazza, 2014) ou ainda sobre a lógica da violência de Estado e a dissimulação dos direitos humanos (Coimbra, 2001). Quanto à questão dos hospícios, há notícias esparsas, muito localizadas e com o foco muito mais centralizado em estados do Sudeste, como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, locais nos quais as Comissões da Verdade foram, ao que parece, mais atuantes.

Porém, há duas publicações recentes as quais apontam mais explicitamente para o papel dos manicômios durante a Ditadura: uma reportagem do UOL de 2021 e uma dissertação de mestrado de 2019, que discutem, cada uma a seu modo, as formas como os manicômios foram utilizados pelas forças militares. Guedes (2019) observa que duas instituições foram centrais na tortura: O Hospital Central Militar e o Complexo Hospitalar do Juquery. O mapa do site UOL destaca pelo menos 9 estados:

Mapa 1: Estados em foram internados presos políticos em manicômios



Fonte: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/14/ditadura-militar-presos-politicos-internacao-manicomios.htm?cmpid=copiaecola>

O texto jornalístico ao qual faço menção é de autoria de Amanda Rossi, do qual também coletamos o mapa anterior. O texto traz à tona 24 casos de pessoas que foram torturadas em manicômios Brasil afora. Há casos nos quais as testemunhas falam que foram enviadas para os manicômios por serem militantes. Ou ainda casos nos quais as pessoas eram torturadas nas prisões e encaminhadas para os manicômios, quase mortos.

Ali estava a perigosa "terrorista" pernambucana de quem os jornais falavam em fins de 1964. Desacordada, recebia soro na ala feminina do Manicômio da Tamarineira, no Recife. Os "olhos diabolicamente ingênuos", como descreveu o delegado que a prendera, estavam fechados. Medida 1,55 m e pesava menos de 30 kg. Os cabelos longos tinham sido raspados em um quartel do Exército. No braço esquerdo, uma das queimaduras de cigarro que marcavam sua pele tinha infeccionado e cheirava a carne podre. Nome, Silvia Montarroyos. Codinome, Tatiana. Idade: "21 anos", segundo sua ficha prisional. Já a família alegava que tinha 17 anos —a data de nascimento teria sido alterada ao ingressar na escola. Acusação: crime contra a segurança nacional. Atividades: participação em um partido trotskista, distribuição de um jornal com conteúdo "subversivo", alfabetização de lavradores (Rossi, 2021).

Observa-se como que a construção da loucura, por meio desses processos políticos contrários ao regime autoritário. Alfabetizar pessoas seria um ato tão revolucionário que as pessoas deveriam ser, para os ditadores, deslegitimadas. E continua a jornalista destacando o efêmero tempo de militância de Silvia, presa em um manicômio:

A militância durou pouco. Em novembro de 1964, sete meses depois do golpe militar, Silvia foi presa. Em dezembro, após um mês de tortura, os militares a mandaram para o manicômio. Passou os três primeiros dias desacordada. Ao recobrar os sentidos, foi tratada com eletroconvulsoterapia —eletrochoque (Rossi, 2021).

O quadro geral que descreve Silvia, coloca com nitidez o contexto dos que foram presos por suas posições políticas contrárias à ditadura militar. Ou seja, elas eram pessoas comunistas, trotskistas, subversivas, cujos “crimes” eram, entre outras coisas, distribuir livros de conteúdo subversivo, com a intenção de alfabetizar lavradores⁹⁴. Trata-se ainda de observar que nesse procedimento há total subjugação das pessoas, que mesmo depois de torturadas, a suposta forma de tratamento usada seria o eletrochoque.

Ainda conforme os testemunhos citados, as pessoas eram fabricadas como loucas, eram produzidas como tal, entre outras coisas para serem enviadas aos manicômios e ainda para tirar qualquer possibilidade de legitimar suas posições. Nesse quadro de fabricação racional da loucura, tem-se ainda a fabricação dos traumas que vão acompanhar os torturados e torturadas pela vida toda.

Em 2019, fazendo um levantamento mais sistemático sobre a relação entre os manicômios e a Ditadura Militar, Guedes (2019) destaca uma profunda relação entre o ideário ditatorial e o combate ao louco que teria se transformado em um subversivo. Mais explicitamente o autor mostra como a psicologia do período estava alinhada com a Ditadura e como isso fez dos manicômios espaços de tortura. Isso ocorria entre outras coisas porque havia uma noção segundo a qual muitas pessoas poderiam ser consideradas subversivas, sob a justificativa da segurança nacional contra um suposto inimigo interno.

Da imagem do inimigo interno, temos a categoria do subversivo, um indivíduo contaminado por ideologias estranhas ao ideário nacional, agindo incessantemente contra a família, a moral e a religião, os três sustentáculos da pátria brasileira. As categorias de drogado e subversivo por vezes vão se confundir, com ambas existências sendo quase que concomitantes, com o consumo de drogas sendo veiculados a uma estratégia no intuito de desestabilizar a nação, subvertendo a juventude e deixando a pátria suscetível às investidas hostis (Guedes, 2019, p. 58).

⁹⁴ Considerando o período e o contexto, muito provavelmente se tratava do projeto de alfabetização de Paulo Freire, que trabalhou frontalmente em Pernambuco.

Essa estrutura coercitiva era sistematizada a partir da Doutrina de Segurança Nacional, que era um dispositivo que estabelecia quais ações e comportamentos seriam considerados como contraventores aos que os militares entendiam como sendo ideológica e moralmente adequados. A Doutrina de Segurança Nacional tinha como base todo o conjunto de dispositivos estadunidenses que se desenvolveram a partir da década de 1950. O foco dos Estados Unidos era desenvolver uma estrutura política, econômica e discursiva contra a União Soviética e o comunismo. Nesse período, as forças militares estavam lutando contra um “[...] eventual agressor externo, para um cenário onde a ameaça se encontra dentro do próprio território, camuflado dentre a população, uma força interna de agitação comprometida com o comunismo internacional representado pela então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas” (Guedes, 2019, p. 57). Com base em entrevistas realizadas com pessoas perseguidas e torturadas durante o regime, Guedes destaca que as tecnologias e dispositivos que compunham todas as estruturas de saber do poder psiquiátrico estavam a serviço dos militares golpistas.

Conforme narra o livro *A ditadura militar em Goiás*, da ANIGO, em 1964 o acirramento militar pretendia expulsar os “comunistas” do poder, uma vez que João Goulart era considerado pelos militares e por muitos membros e instituições da sociedade civil, como comunista, mesmo não sendo o presidente. É importante lembrar, ainda, que durante esse processo João Goulart encontrava-se em viagem para a China.

A Ditadura Empresarial Militar em Goiás teve seu próprio modo de operar. Estabeleceu-se, inicialmente, com a derrocada de Mauro Borges que, entre outras coisas, era considerado um traidor do Regime, sendo também considerado um comunista, que teria começado a instalação de estruturas inspiradas em experiências socialistas para empreender uma revolução em Goiás. Contudo, como se sabe, a experiência da criação de instituições de estado ainda hoje se mostra como importante para o estado. E no caso do Combinado Agro-Urbano de Arraias⁹⁵, foi uma tentativa inspirada nos Kibutz israelenses e não em sociedades entendidas como socialistas. Sobre o caso do ex-governador deve-se observar ainda uma contradição, pois, embora tenha estado do lado de Leonel Brizola, “[...] uma vez consumado o ato golpista de Jango, naquele momento colocou-se favorável à atitude tomada pelos militares por acreditar que ‘uma vez arrumada à casa, eles entregariam o poder aos civis’” (ANIGO, 2016, p. 28). Como a história nos mostrou, essa foi uma posição no mínimo ingênua, conciliatória e oportunista (ANIGO, 2016).

⁹⁵ Sobre a questão do Combinado Agro-Urbano de Arraias, conferir a dissertação de Riesco (2018). Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/4014/2/Clovis%20Donizeth%20Garcia%20Riesco.pdf>

No Estado de Goiás, muitas pessoas foram perseguidas e presas sob a justificativa de serem subversivas e comunistas. Especialmente depois da censura dos meios de comunicação, os estudantes goianos começaram a criar meios alternativos para comunicação, mais especificamente, jornais produzidos pelos estudantes e levados à circulação. Notadamente, muitos desses estudantes em certo momento foram presos e outros conseguiram fugir (Pereira, 2015; ANIGO/UFG, 2016). Foram também perseguidos agricultores, professores e outras pessoas envolvidas. Depois de presas, muitas delas foram torturadas, violentadas de muitas formas e em lugares específicos. No caso brasileiro muitas instituições psiquiátricas foram utilizadas para a realização de seções de tortura, como já dissemos anteriormente.

É justamente nesse ponto que reside uma das maiores questões que há em torno do *Adauto Botelho de Goiânia* (entre muitas outras, é certo): qual teria sido o seu lugar no interior da Ditadura, uma vez que outras instituições do tipo foram usadas como local de tortura, no Brasil? A nossa atenção é despertada mais ainda depois que, no *Relatório da Comissão Nacional da Verdade* (Brasil, 2014), veio à luz um único trecho que menciona o manicômio goiano como sendo também suspeito de ter sido usado como local de tortura e prisão de presos políticos. Comentando o desaparecimento de um paciente, o *Relatório* traz a seguinte observação:

A Comissão Nacional da Verdade entrou em contato e encaminhou ofícios para a Secretaria de Saúde de Goiânia, para tentar identificar algum registro de entrada de Durvalino nas unidades de saúde da cidade, mas não obteve sucesso nas buscas, tendo em vista o estado de conservação dos arquivos e o período de guarda dos documentos. O Hospital Colônia Adauto Botelho foi inaugurado no ano de 1954, em Goiânia, e desativado em 1995. A instituição também teria sido o destino de outros presos políticos e teria tido o papel de legitimar o estado de “loucura” atribuído arbitrariamente a alguns pacientes naquele momento. Depois de contatos realizados pela CNV, a Ouvidoria do hospital Adauto Botelho e a Secretaria de Saúde informaram que a documentação sobre pacientes é arquivada por até 20 anos após o último registro no prontuário (Brasil, 2014, p. 1508).

Eis a resposta da Coordenação de Saúde Mental para a CNV: “O Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc foi contactado a fim de verificar a possível guarda do referido prontuário, porém esse documento não foi encontrado nos arquivos, pois não foi encaminhado do Adauto Botelho para o Wassily” (MEMORANDO N°1536 / 2014 – DATSAUDE, 07/02/2014).

Suspeitas e mesmo indícios, como é o caso destacado no Relatório da Comissão Nacional da Verdade, sobre Durvalino, sugerem seu desaparecimento depois de uma passagem pelo manicômio da capital goiana, embora não se possa confirmar nada além do que o

internamento. Vejamos o trecho do Relatório que traz as falas do tio de Durvalino, senhor Arão Gil:

Arão de Souza Gil, camponês e tio de Durvalino Porfírio de Souza, em testemunho prestado à CNV, também na audiência pública sobre as atividades camponesas na região de Trombas e Formoso, descreveu a internação de seu sobrinho em manicômio em Goiânia, em consequência das torturas sofridas por agentes estatais, em 1964. Arão de Souza Gil afirmou que Durvalino foi preso, com 17 anos, em Trombas (GO) e levado para Balsas (MA) e “apanhou até ficar louco”. [...] Ele chegou sadio, era estudante, era novo, 17 anos. Quando chegaram com ele em Balsas, ele já estava louco”. Em virtude dos transtornos mentais que Durvalino passou a apresentar, a família o internou em um hospital psiquiátrico em Goiânia (GO): ARÃO DE SOUZA GIL: [...] *Ele ficou uma temporada lá e depois fugiu. Chegou lá em casa, na roça, naquele tempo eu tinha frutas na horta, aí ele pegava uma mexerica daquelas e comia com casca e tudo, louco de tudo. Aí a hora que ele melhorava um pouco, ele me contava assim: “Tio, você sabe como eles tratam gente no hospício? Eles dão choque e derrubam a gente”*. Aí, fomos obrigados a trazer ele e colocar no Adauto Botelho, foi a última vez. MAIARA DOURADO: Esse Adauto Botelho é o que? ARÃO DE SOUZA GIL: Um hospício de Goiânia (Brasil, 2014, grifo nosso).

Colocadas em perspectivas esses documentos, o certo é que o fato de passar pelo eletrochoque não quer dizer necessariamente que Durvalino tenha sido torturado, uma vez que tal procedimento era comum e receitado pelos médicos, pois, era considerado uma forma de terapia aceitável e racional, naquele momento. Como destaca Basaglia (1985), os psiquiatras desenvolveram nas sociedades capitalistas o poder de exercerem, em nome da técnica, um conjunto de “violências técnicas” (Basaglia, 1985 p. 102), racionalizadas, legitimadas como meios terapêuticos. As imagens a seguir mostram que o uso desse procedimento era frequente:

Figura 7: Paciente sendo preparada para sessão de eletrochoque, *Adauto Botelho de Goiânia* (1985-86)



Fonte: Kim-Ir-Sem, 1986.

O uso do eletrochoque não era entendido pelos médicos como uma forma de tortura ou uma violência, ao contrário, era visto como um dos meios mais eficazes para poder acalmar os pacientes que se encontravam em crise violenta. E por mais estranho que possa parecer, ainda hoje há médicos que prescrevem tal procedimento. Esse procedimento parte do princípio de que as convulsões induzidas poderiam melhorar o estado dos pacientes. Juliana Perizzolo et al (2003) assim descrevem, brevemente, o histórico da constituição e da validação desse procedimento:

O início do desenvolvimento da ECT⁹⁶ ocorreu em 1934, quando Ladislav von Meduna (1896-1964) relatou o tratamento bem-sucedido da catatonia e de outros sintomas esquizofrênicos com convulsões induzidas farmacologicamente. Meduna utilizou esse método com base nas observações prévias de que os sintomas esquizofrênicos frequentemente diminuía após uma convulsão e de que, conforme se supunha incorretamente, a Esquizofrenia e a Epilepsia não poderiam coexistir em um mesmo paciente, de modo que a indução de convulsões poderia “livrar” o paciente da Esquizofrenia. As convulsões induzidas por metrazol foram usadas como um tratamento eficaz durante quatro anos, antes da introdução das convulsões eletricamente induzidas. Posteriormente, em Roma, em abril de 1938, Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964) administraram o primeiro tratamento eletroconvulsivo.

Assim, observa-se que, criado na década de 1930, o eletrochoque se tornou uma das formas “terapêuticas” mais utilizadas na história dos “tratamentos” psiquiátricos. O documentário *Passageiros da Segunda Classe* mostra que no *Adauto Botelho de Goiânia* essa prática era também comum. Vale dizer ainda, que essa prática não foi superada, aliás, ao que parece, está longe disso. Embora essas imagens sejam dos anos de 1985-1987, e aparentemente superadas, o eletrochoque ainda é utilizado no Brasil e no mundo, inclusive agora com uma defesa mais sofisticada, dita mais humanista. Em uma entrevista recente no site do Dr. Drauzio Varella, podemos perceber que essa técnica ainda é muito usada. Como diz a entrevistada, “ele agora é mais humano”⁹⁷.

No referido documentário há cenas mostrando a aplicação do método, as reações tanto dos pacientes quanto dos responsáveis pela aplicação. Não se sabe a frequência do uso em um

⁹⁶ Janaína L. Penalva da Silva é enfática ao tentar descortinar uma tentativa de sofisticação do discurso. Por isso, já no título a autora declara: Eletroconvulsoterapia, não. Eletrochoque. Diz a autora: “A técnica era indicada sem muitos critérios; qualquer um que apresentasse um quadro grave independentemente de qual era o diagnóstico, tinha indicação de tratamento com eletrochoque. Além e mais importante que o uso para “tratamento”, os choques eram também utilizados para outros fins que não propriamente terapêuticos. Não raro, os choques elétricos eram utilizados para acalmar os pacientes. Quando o sujeito apresentava um quadro de agitação, agressividade, inquietude, aplicava-se uma sessão de eletrochoque, com a melhor das intenções: tranquilizar, controlar, pôr a salvo o paciente. Os médicos utilizavam-se do poder que possuíam de definir o momento de aplicação do choque para amedrontar os pacientes, inculcando-lhes um temor constante que não só afirmava a autoridade médica, como diminuía e subjugava o paciente” (Penalva Silva, 2013, p. 37).

⁹⁷ Disponível em: <https://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>

longo período, nem a partir de quando é utilizado o eletrochoque na instituição goiana. Sabe-se que, antes mesmo da inauguração do *Adauto Botelho de Goiânia*, em 1954, o antigo manicômio da capital já aplicava também o eletrochoque. Trazendo dados de 1951, Pedro Ludovico Teixeira, em mensagem Assembleia Legislativa, destaca os seguintes números: “TERAPIA CONVULSIVA: choques por cardiazol: 157; eletrochoque: 228; total: 385” (Teixeira, 1952, p. 9). Há um hiato entre os dados, mesmo assim, sabe-se, segundo dados coletados em dois relatórios anuais, os índices de aplicação do eletrochoque nos anos de 1982 e 1983, mostram uma diminuição na quantidade, de 84 aplicações para 30 aplicação respectivamente. O que há de novo que tenha produzido a diminuição na aplicação?

Segundo o relato de um dos ex-diretores da instituição, do ponto de vista médico, tratava-se das poucas saídas para acalmar os pacientes violentos⁹⁸. Após destacar alguns aspectos históricos e observar aquilo que seria considerado pelos psiquiatras como algo positivo, o entrevistado argumenta que depois de um desconforto o paciente passaria a ficar mais calmo e relaxado e que a validade do procedimento para os psiquiatras seria consolidada principalmente depois do uso da anestesia. “*Ou seja, usando um pré-anestésico e relaxante muscular, o sujeito dormia por dez minutos, (um eletrochoque gastava o quê? Uns dois minutos no máximo) o cara nem sabia o que tinha acontecido. Apenas acordava melhor*” (Silva, 2022, p. 16). Justamente na sequência começa a abordar como ocorriam as sessões no manicômio de Goiânia:

Só que não tínhamos anestésicos no Adauto, (inclusive, no projeto idealizado por nós, figurava a contratação de anestesistas, equipamento de ressuscitação. Uma sala própria etc.). Eu participei de situações como essa, eu vi, eu estava presente, eu fiz. Numa enfermaria do hospital, em seis leitos enfileirados, colocava-se um paciente em cada uma, e nós aplicávamos o eletrochoque. Não tínhamos nem anestesia, nem relaxante muscular. Então, o paciente que recebia o choque, entrava em convulsão, e o que estava no leito ao lado assistindo aquilo, se assustava, entrava em grande sofrimento. A gente tinha percepção disso, mas, não tinha o que fazer porque era um hospital público, você tinha um tempo X, você não podia, por exemplo, levar um paciente de cada vez. A exigência que se cumpria era que para aplicar o

⁹⁸ O nosso entrevistado também narra uma história do eletrochoque: “*Quando o fascismo tomou o poder na Europa, principalmente o Benito Mussolini na Itália, mas não só lá, torturaram muita gente com choques (aqui também). Coincidiu que nessa época (por volta de 1937) dois cientistas italianos que vinham estudando a história da medicina e verificaram que na antiguidade, alguns “médicos” egípcios tratavam transtornos mentais e enxaqueca usando enguias elétricas para produzir choques na cabeça do paciente. Eles investigaram isso, e na época você sabe que as pesquisas não tinham conselho de ética coisíssima nenhuma, se um médico resolvia cortar o braço de um sujeito com finalidade de pesquisa, se desse errado, pouco ou nada acontecia com o pesquisador. Eles, esses médicos italianos, perceberam que o tratamento com choques na cabeça, além de não trazer consequências, a não ser algumas imediatas, tipo na hora que dá o choque o sujeito dava uma convulsão e podia se machucar se não se segurasse ele, convulsão popularmente conhecida como ‘acesso’. Depois dor de cabeça passageira e acabou. Sem maiores prejuízos. E isso era maravilhoso para o tratamento de depressão. Foi publicado em congressos, começaram a utilizar em grande escala, avançou o processo com o uso de relaxantes musculares, abolindo a convulsão, e depois, como hoje, feito sob anestesia*” (Silva, 2022, p. 16).

eletrochoque, tinha que ser um médico. Só que era impossível fazer num paciente, depois liberar para pegar o paciente seguinte e levar, então, não tinha verba, não havia recursos humanos suficientes (Silva, 2022, p. 17).

Como se pode observar pela descrição, era frequente o uso do procedimento, o que não quer dizer que se utilizava sem perceber o sofrimento dos pacientes. De todo modo, apesar do sofrimento dos pacientes, entendia-se que o ECT seria uma das únicas, ou a única, opção não só viável, mas possível, existente para acalmar os loucos. Mais do que isso, pode-se observar a apresentação da rotina, isto é, os internados eram colocados em camas, lado a lado, um olhando para o outro no momento da realização do procedimento. Nesse ponto, observa-se uma questão recorrente: as condições do manicômio goiano eram ruins, inclusive do ponto de vista de pessoal, com o evidente déficit de médicos. Do ponto de vista do protocolo, também deve-se considerar a figura médica, pois era ela a única autorizada a executar o procedimento. Essas características estruturais da instituição paralelas às questões disciplinares definiam a execução do ECT. A imagem a seguir mostra a disposição das camas, o aparelho e o efeito do eletrochoque nos pacientes.

Figura 8: Pacientes depois da sessão de eletrochoque *Adauto Botelho de Goiânia* (1985-86)



Fonte: Kim-Ir-Sem, 1986.

Diante das imagens, para alguns chocantes, observa-se a maneira como era considerado possível (e ainda hoje é utilizado) utilizar o ECT como um meio “terapêutico” capaz de, com algumas seções, acalmar os pacientes mais violentos e mais agitados. Outro ponto que se deve considerar era o uso e os resultados do procedimento, isto é, não era um procedimento que era executado a qualquer hora e em todo momento. Ao contrário, como argumenta o ex-diretor,

havia critérios e condições para estabelecer se o paciente continuaria ou não a passar pelas sessões:

Não tenho a estatística disso, mas acredito que 60 a 80 % dos pacientes submetidos ao eletrochoque são submetidos a seis a doze sessões, embora existam psiquiatras aí que já fizeram 30, mas quando a gente fazia na Santa Mônica ou no Aduino, ficava entre seis e doze sessões no máximo. Até porque se o paciente não respondesse depois da quarta aplicação considerava-se que ele não ia responder ao tratamento, portanto, não adiantava continuar. Para você continuar você precisava avaliar o paciente após a quarta aplicação; havendo melhora, fazia mais sessões; seria uma coisa assim, fazia 3 em uma semana, e uma quarta na semana seguinte, já fazia a avaliação do paciente, qual o grau de melhora que ele tinha, era muito menos tempo que um antidepressivo faz efeito hoje, exceto a cetamina que é injetável e os deprimidos respondem rapidamente com melhora dos sintomas (Silva, 2022, p. 17).

Observa-se, portanto, que não se tratava de um procedimento considerado pelos médicos agressivos, dado que para eles seus efeitos seriam muito mais benéficos ao comportamento dos pacientes. Além disso, os efeitos da aplicação seriam mínimos e passageiros mediante o uso de medicamentos: “[...] Geralmente aquilo incomoda o paciente, daí depois ainda fica com dor de cabeça, claro, passa logo ou então uma dipirona resolve” (Silva, 2022, p. 18).

Como se pode observar a questão das fontes do *Adauto Botelho de Goiânia*, especialmente sobre o período militar é, ainda, um desafio a ser superado, o que coloca todos os trabalhos sobre a instituição, inclusive este, na iminência constante de revisão analítica. De todo modo, até o momento, do ponto de vista das pesquisas, não se pode confirmar, por falta de registros e fontes sólidas, a denúncia feita no supracitado Relatório da Comissão Nacional da Verdade.

O caso do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia surge, nesse cenário, como um mistério. Se no Brasil há provas de que instituições psiquiátricas foram utilizadas para realizar torturas e violências orientadas pela Ditadura, como o manicômio goiano se situa nesse contexto? Especialmente no caso de Goiás, cujas fontes do manicômio são guardadas a sete chaves, alguns trabalhos pontuais jogam luz, aos poucos, e pusilanimemente, sobre a situação da instituição. Trabalhos como os de Paula (2011; 2016; 2019), Barreto e Cassolli (2020) destacam aspectos fundamentais. Em um trabalho recente, eu analisei o contexto do manicômio durante a Ditadura (Rego Santos. 2024). Esses trabalhos alertam para as possibilidades e a necessidade de estudos sobre esse caso. Contudo, ainda há necessidade de discussões mais sistemáticas sobre o *Adauto Botelho de Goiânia*, nesse contexto. Esta parte deste trabalho tem como finalidade levantar mais algumas questões e trazer à luz peças que ajudam na montagem desse quebra-cabeças.

Por isso mesmo, proponho aqui discutir e apresentar novas possibilidades para pesquisar o caso do antigo manicômio de Goiânia e as pistas sobre como ele se inseria no contexto da Ditadura Empresarial Militar. Para isso, utilizo de fontes inéditas e recolhidas no *Arquivo Nacional* e entrevistas com pessoas que atuaram na instituição, entre outras tipologias.

Como essas fontes recolhidas podem nos ajudar a compreender a instituição manicomial de Goiânia? Ao contrário do que se pode pensar, essas fontes apontam para a suspeita de que essa instituição teria sido usada pelos militantes contrários à Ditadura para se reunirem. Reitera-se: a partir das fontes encontradas até o momento e utilizadas aqui os indícios mais robustos do modo como o *Adauto Botelho de Goiânia* teria sido utilizado durante a Ditadura são contrários a outras instituições pelo país. Obviamente, trata-se de um conjunto de documentos produzidos durante o período militar, o que deve nos colocar em alerta, embora não se possa desconsiderar o seu conteúdo. Conforme essa documentação o asilo de Goiânia poderia ter sido utilizado como um espaço de resistência, onde supostamente ocorriam reuniões e mesmo se escondiam os inimigos da chamada “Revolução”, termo utilizado pelos militares e por seus correligionários.

No acervo digital do Arquivo Nacional há um conjunto de documentos que trata das condições, do uso e das pessoas que tinham alguma relação com o *Adauto Botelho de Goiânia*. No *Documento de informações n° 0753/73*, do Serviço Nacional de Informações, há uma série de acusações feitas a Samyr Helou⁹⁹. O documento levanta uma série de informações que, deduz-se, são utilizadas para tentar invalidar sua investidura no cargo. Entre essas acusações consta que Samyr seria abertamente antiamericano, e que teria fortes influências na OSEGO, a ponto de conseguir pressionar a direção da instituição para realizar seus desejos. Considerado de extrema-esquerda pelos militares, o médico também teria sido contra o acordo MEC/USAID¹⁰⁰, promovendo manifestações contra o acordo. Ainda, segundo o referido

⁹⁹ Nascido em 1933, Samyr Helou foi um fundador do Hospital Santa Mônica, situado em Aparecida de Goiânia. Neurologista, foi um dos pioneiros da disciplina em Goiás, instalando esses serviços. Foi Diretor do Adauto Botelho de Goiânia. Faleceu em 1999.

¹⁰⁰ Durante a Ditadura Empresarial Militar o Brasil foi afetado por uma onda de educação tecnicista, inclusive com a aprovação de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (5692/1971). Nesse contexto, Brasil e Estados Unidos assinaram um acordo chamado MEC-USAID, isto é, entre o Ministério da Educação e Cultura e *United States Agency for International Development*. Segundo Aranha (2006, p. 316): “A partir daí, desenvolveu-se uma reforma autoritária, vertical, domesticadora, que visava atrelar o sistema educacional ao modelo econômico dependente, imposto pela política norte-americana para a América-Latina. Vale lembrar que os militares atuaram no interior das universidades, silenciando o debate e intervindo de forma violenta nos campi, cassando professores e desarticulando movimentos estudantis. A reforma assentava-se em três pilares: educação e desenvolvimento: formação de profissionais para atender as necessidades urgentes de mão-de-obra especializada no mercado em expansão; educação e segurança: formação de cidadão consciente – daí as disciplinas sobre civismo e problemas brasileiros (Educação Moral e Cívica, Organização Social e Política do Brasil e Estudos de Problemas Brasileiros); educação e comunidade: criação de conselhos de empresários e mestres para estabelecer a relação entre escola e comunidade”.

documento, no ano de 1967, ele teria sido um dos mais duros críticos da invasão das forças estadunidenses ao território amazônico. Notadamente, o documento também traz supostas ações envolvendo o *Adauto Botelho Goiânia*. A primeira delas tem a ver com o cargo de direção do manicômio, o qual ele teria conseguido por meio de pressão: “Pressionou o presidente da OSEGO, Dr. Dione Costa, exigindo sua nomeação para o cargo de diretor do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho” (Documento de informações nº 0753, 1973, p. 5). Em seguida, observa-se a informação de que Samyr estaria forjando documentos:

Como diretor do Hospital Psiquiátrico Prof. Adauto Botelho, de Goiânia (GO), tem fornecido atestados médicos a funcionários relapsos do DCT/GO, responsáveis por desfalques, violação de correspondências, apropriações indébitas de valores, atestando que tais indivíduos, indicados em inquéritos Administrativos pelo Diretor do DCT, estiveram baixados naquele nosocômio, por sofrer de doenças mentais, atenuando dessa formas as faltas cometidas e dando condições ao infratores de serem aposentados sem vencimentos integrais (Documento de informações nº 0753, 1973, p. 6).

Aqui observamos que o médico Samyr é acusado pela Ditadura de corrupção e alteração de documentos, ou ainda de violação de outros. É acusado ainda de tomar, para uso pessoal, valores que deveriam ser repassados para os investimentos públicos, bem como de ter favorecido servidores faltosos com falsos atestados, o que teria facilitado o processo de aposentadoria desses servidores. Contudo, segundo conta o Dr. Abrão Marcos, Samyr Helou teria sido um homem humanista, íntegro.

Ocorre, também, uma espécie de deslegitimação do outro colocando-se nele a pecha de louco, como ocorre no caso de Hamilton Rocha, que tem em seu currículo o registro de sua internação na instituição em 1967, por trinta e oito dias (Documento de informações nº 0753, 1973, p. 3). O serviço de informação e censura da Ditadura insiste em colocar a etiqueta de louco nas pessoas que são abertamente contra essa forma de governo. Na sequência lê-se:

b. de 19 Dez 68 a 22 Nov 72, exerceu os cargos de: Diretor do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de GOIÂNIA/ GO; médico psiquiatra da Secretaria da Saúde de GOIÁS; Presidente da Junta Médica Oficial do Estado de GOIÁS; e Membro da Universidade Federal de GOIÁS (UFG); c. em 24 Dez 69, era Diretor do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de GOIÂNIA/GO, onde foram realizadas reuniões estudantis, presididas pelo Presidente do Diretório Acadêmico da Faculdade de Filosofia da UFG (Documento de informações nº 0753, 1973, p 7).

Ao relatar o currículo de Francisco Pinto Montenegro e sua relação com Samyr Helou, além de destacar a militância antirrevolucionária¹⁰¹ de ambos e suas constantes práticas subversivas, o documento aponta para condições que ligam os dois comunistas a suspeitas de realização de reuniões clandestinas no *Adauto Botelho Goiânia*:

1967 – dez- Mantinha ligações com o médico e professor universitário SAMYR HELOU, elemento reconhecidamente esquerdista e anti-revolucionário, já tendo sido internado no Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho, do qual é diretor o sr. SAMYR HELOU, em cujo local suspeitava-se serem realizadas reuniões de elementos subversivos e anti-revolucionários (Encaminhamento 045/740/AGO/SNI/82, 08/06/1982, p. 6 (4).

Sobre esses dois aspectos, não há fontes que confirmam, tampouco que negam as informações, o que se tem, como já mostrou Paula (2021; 2019), é a construção de uma teia discursiva segundo a qual as forças militares construía seus inimigos, fabricavam comunistas e forjava os chamados subversivos. Desse modo, é preciso olhar com suspeita os documentos produzidos pelo governo autoritário. Como vimos no tópico anterior, foi muito comum durante a ditadura a construção de um inimigo interno e ao mesmo tempo a fabricação de supostas provas para poderem acusar as mais variadas pessoas.

No caso de Goiás, muito provavelmente o caso mais conhecido sobre o modo como se constrói o sujeito louco, como se subjuga alguém à loucura, seja o caso de Pawel Gutko e Mauro Borges. Esse estrato da história goiana já foi explicitado pelo próprio Mauro Borges e mais recentemente de modo mais didático e sintético por Eder Mendes de Paula (2019). Uma obra já considerada clássica sobre a tortura e os torturados no Brasil também traz os documentos sobre o caso. Mauro Borges foi deposto pelos ditadores, acusado de ser comunista. Contudo, uma rápida observação sobre sua condição e o domínio de sua família no estado destaca que ser comunista não era uma de suas qualidades:

O esforço desenvolvido pelo marechal Castelo Branco e seus companheiros a fim de intervir no estado de Goiás e depor o governador eleito, Mauro Borges, é, para o observador político, a mais inexplicável e gratuita das violências praticadas após o 1º de abril. Mauro Borges é filho do velho cacique estadual, Pedro Ludovico que, há trinta e cinco anos, mantém o domínio administrativo de Goiás, dentro dos clássicos modelos das oligarquias políticas do sertão brasileiro. Esta oligarquia é baseada na clientela pessoal, nos favores a chefetes locais, na divisão do poder público entre os grupos de aliados municipais. É conservadora e ligada aos interesses latifundiários, que predominam numa região esparsamente povoada e que, só recentemente, com a construção de Brasília, começou a desenvolver-se e a entrar lentamente na economia

¹⁰¹ Como se sabe, sob a pena dos signatários do Golpe de 1964, aquele acontecimento sombrio da história do Brasil, era visto como uma revolução que tiraria o Brasil dos trilhos do comunismo. Sendo assim, para os agentes ditatoriais todos e todas que se colocassem contrariamente ao golpe eram considerados antirrevolucionários.

monetária e no mundo moderno. Representa, talvez na forma mais pura que ainda pode ser encontrada no Brasil, o velho sistema patriarcal e feudal dos desbravadores do deserto. Cristalizada no tempo, a ele só cede em aparências em um ou outro impulso de progresso desencadeada pelos chefes, mais para satisfazerem sua vaidade própria e sua energia acumulada, que para tentar uma reformulação do sistema tradicional de relações sociais. A oligarquia Ludovico, como os poderosos do sertão bahiano do século XVII, os homens da Casa da Torre e da Casa da Ponte, Garcias d'Ávila e Guedes de Brito, desbrava os sertões, alia-se ao progresso, desde que não se coloque em dúvida sua liderança ou não se ameace seu domínio. É dentro deste ambiente, fincado nesta formação, que se tem de analisar a atuação de Mauro Borges à frente do governo estadual. *Ambiente e formação, eliminam, de saída, qualquer possibilidade de tentar o jovem cacique uma modificação profunda de estrutura, favorecendo o comunismo* (Alves, 1996, p. 107-108, *grifos nossos*)

É nesse contexto, ao mesmo tempo ambíguo e cheio de lacunas, que Borges será acusado de comunista, tendo como bode expiatório sua defesa da posse de João Goulart e posteriormente assumiu uma posição no sentido de criar instituições que pudessem beneficiar o estado de Goiás. Nas proximidades de 1965 Borges deixou de apoiar Goulart. E, então, depois de uma longa trama, Borges é deposto em 1964, justamente durante o período que marca também o início das torturas em Goiás. Nesse contexto entra a figura de Gutko. Segundo Alves (1996, p. 120): “[...] soube da história de Pawel Gutko, o louco polonês, cujo testemunho servira de base à maior parte das acusações contra o governador”. Nesse caso específico sobre a fabricação da loucura, não foi para atender os fins do regime, mas sim teve por finalidade o uso de Borges para desmerecer o testemunho do polonês: Todo esse caso foi apresentado pelo próprio Borges no seu livro *O Golpe em Goiás: história de uma grande traição*. São as palavras do ex-governador do Estado:

Esse jovem polonês, paranoico, apontado pelo Cel. Danilo como perigoso espião, foi um dos que mais sofreu nas prisões do 10º BC. Doente mental, como veremos adiante pelos impressionantes e irrefutáveis depoimentos de seus próprios pais, companheiros de prisão e de laudo assinado por uma junta médica, não foi, sequer, poupado (Borges, 2006, p. 237).

Em estudo realizado sobre a questão, além de mostrar os conflitos de interesse envolvendo Mauro Borges, Paula (2010; 2013; 2019) destaca como o ex-governador de Goiás se utilizou das internações do Polonês para tentar desqualificar o que era dito. Acusado de comunista e espião, Borges não media esforços para reverter a situação em seu favor, de maneira a utilizar o poder e o saber psiquiátrico para deslegitimar a fala de Gutko, que sendo louco, não poderia ter sua voz validada. Nesse empreendimento, o pai de Mauro Borges, o então senador Pedro Ludovico Teixeira, também utiliza da suposta loucura de Gutko e das torturas sofridas por ele para endossar o discurso de seu filho contra o polonês:

O Senador respondia à nova nota divulgada pelo DFSP sobre o seu filho, o Governador Mauro Borges. O Senador Pedro Ludovico reafirmou que o Sr. Paulo ou Pawel Gutko “além de desequilibrado mental que já era, com as torturas e sevícias recebidas no 10º BC, por ordem direta e sob a responsabilidade pessoal do comandante do batalhão, está praticamente alienado, não resistindo ao mais superficial exame de sanidade mental”. Propôs que uma comissão do congresso, com médicos de reconhecida autoridade, o examine para constatar que não têm condições para prestar depoimentos, ainda mais da gravidade dos que estão sendo divulgados. Disse ainda o Sr. Ludovico, da tribuna do Senado, que Gutko “foi dos que mais sofreu com a tortura do afogamento. Depois das primeiras torturas passou a ter comportamentos estranhos tais como: escovar os dentes com água sanitária, mastigou um par de sapatos, passava fazes no rosto, chamou seu pai de assassino, diz frequentemente ser Fouchet, rasgou diversas roupas de seu uso, denunciou seu pai, motivando sua prisão e a do Dr. Simão, seu amigo (Jornal do Brasil, 20/10/1964, p. 3).

Outros personagens históricos de Goiás também tiveram seus nomes ligados ao *Adauto Botelho de Goiânia*. Conforme a análise de documentos do DOPS coletados no Arquivo Nacional, era comum colocar no chamado *Curriculum Vitae* dos perseguidos pela Ditadura, que eles teriam sido internados naquela instituição psiquiátrica. Isso, de certa maneira, corrobora a análise feita até agora, segundo a qual o asilo goiano, sendo o representante do saber psiquiátrico em Goiás, legitimaria a posição dos ditadores no sentido de deslegitimar os personagens. O fato de ter sido internado em uma instituição psiquiátrica deslegitimaria as pessoas, as silenciaria. Entre esses personagens, além do já mencionado Pawel Gutko, estão também Durvalino e Hamilton Rocha.

4.2.1 Medicalização disciplinar

Outro aspecto fundamental a se analisar é a organização e o estado da instituição durante a Ditadura. A partir daqui eu analiso uma questão que não foi explorada por nenhum pesquisador da instituição, que, por coincidência ou não, estão situados no contexto da Ditadura: a criação, ou melhor, a explicitação escrita de regulamentos e normas para a organização interna, um dos documentos mais antigos a que se tem acesso, denominado *Rotina Administrativa do Serviço de Enfermagem*, de 15 de agosto de 1978. Nesse documento, analisado, em partes, no capítulo 3, há todo o processo de regulação e orientações que as pessoas do serviço de enfermagem deveriam cumprir. O documento está organizado em basicamente 12 itens, que mostram as mais diferentes atribuições em situações específicas. São os itens:

Admissão do Paciente: essa admissão deveria ser feita nas 2ª e 5ª feiras, semanalmente, após os pacientes passarem pela triagem que ocorria no Pronto Socorro Psiquiátrico. Em

seguida, os pacientes deveriam ser registrados e encaminhados para a respectiva enfermaria. Na enfermaria deveria ser feita uma nova triagem, aferindo a pressão arterial e a temperatura, bem como anotar todos os dados no prontuário. Na sequência seria observada a condição de higiene do paciente, trocava-se sua roupa e colocava uma roupa da enfermaria e finalmente o paciente era encaminhado para o pátio.

Atendimento à visita médica - deveria ser informado aos médicos o quadro geral de cada paciente, além de solicitar que se separe os pacientes com higiene corporal, também que os chame pelo nome. Há também orientações sobre como proceder com as transferências dos pacientes entre unidades bem como entre enfermarias. No primeiro caso, a transferência só ocorreria se não houvesse o médico especializado que o paciente necessitasse. Ainda, seria necessário manter o prontuário na respectiva enfermaria e “Aguardar a volta do paciente, mantendo sempre o contato com o Serviço Social sobre o paciente” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 2). No segundo caso, da transferência entre enfermarias, devia-se organizar toda uma comunicação interna com as devidas autorizações e justificativas para as transferências.

Alta médica - Para alta médica seria preciso “Comprovar a alta e entregar o paciente aos familiares fazendo-lhe a educação sanitária” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3). Em mais detalhes tratava-se de avisar o Serviço Social, além de “[...] fazer a educação sanitária e explicar a receita [...]” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3) aos familiares e pacientes, trocar as roupas do hospital pela do paciente. Nesse caso, o paciente, se tivesse família, seria entregue a ela, caso contrário, deveria ser entregue à Assistência Social. “Anotar no Prontuário a hora em que o paciente saiu e acompanhado por quem” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3).

Alta a pedido dos familiares - No caso de pedido de alta feito pelos familiares deveriam ser acrescentados os seguintes procedimentos: explicitação que a alta foi a pedido do familiar, entregar paciente somente ao responsável direto e exigir que seja assinado o termo de responsabilidade.

Saídas – esse item está ligado a uma série de outras saídas além das altas, mais especificamente “[...] para tratar de assuntos particulares e de descanso de fins de semana” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3). Essas saídas deveriam ser autorizadas pelo médico e em seguida, além de colocadas no prontuário, deveriam ser encaminhadas para o Serviço Social.

Fugas – este item traz entre aspas: “Notificar o Serviço Social o número de fugas e procurar sanar as causas” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3). Em seguida

descreve os procedimentos que devem ser tomados pelas enfermeiras: “1 – separar o prontuário do paciente ausente e efetuar sua busca nas outras enfermarias; 2 – comunicar ao Serviço Social a fim de entrar em contato com as famílias (por meio impresso” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3-4). O documento não destacou, mas esse procedimento de avisar as famílias servia apenas para os internados/fugitivos que mantinham algum contato com os familiares. Como já mencionamos anteriormente, as fugas eram uma constante e conforme dados do começo da década de 1980 foram 130 fugas em 1982 e 108 em 1983 (Relatório Anual, 1983; 1984). Seguem os outros itens:

3 – anotar no Relatório da Enfermagem sua ausência porém sem alterar o nº do paciente da enfermaria; 4 – Esperar 72 horas para computar sua fuga e dar baixa no nº da enfermaria; entregar o prontuário na Chefia de Enfermagem; 6 – Não receber o paciente fugitivo na enfermaria sem sua readmissão no P.S.P. (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 4).

Óbito – este item é um dos mais extensos do documento. Os três primeiros subitens indicam que o óbito deve ser informado ao médico e ao Serviço Social e em seguida deve-se seguir o seguinte procedimento: “4 – tamponar as cavidades e fazer o pacotamento do cadáver conforme a técnica de enfermagem, e encaminhá-lo ao necrotério; 5 – anotar no relatório o horário do óbito, como ocorreu e quais as providências foram tomadas” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 4). Todos os procedimentos deviam ser anotados no prontuário. “7 – Entregar ao Serviço Social todos os documentos e pertences do morto; 8 – remover as roupas de cama e preparar o leito para outro paciente, conforme a técnica de enfermagem” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 3-4). Ainda no contexto do óbito, cabia ao Serviço Social: “1 – Solicitar a condução ao transporte da OSEGO para tomar as providências; 2 - Registrar o atestado de óbito (no Cartório – nos fins de semana, pedir informação à funerária; 3 – encaminhar o atestado já registado à Funerária” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 4) e por último, “4 – aguardar a chegada da funerária e entregar o corpo” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 4). No relatório de 1983 e 1984, destaca-se o seguinte número de mortes no asilo: em 1982 18 mortes e 17 mortes em 1983 (Relatório Anual, 1983; 1984). Neste mesmo documento, em uma espécie de anexo há um passo a passo de como proceder em relação aos pacientes que fossem a óbito. Não obstante as orientações sejam semelhantes, há um detalhamento maior quanto ao preparo do corpo:

47.4 – Preparar o pacote da seguinte maneira: 47.4.1 – Limpar o corpo e colocá-lo na posição adequada ante da rigidez ‘post-mortem’; 47.4.2 – Tamponar as cavidades orgânicas a fim de prevenir secreções; 47.4.3 – Olhos e boca fechados (usar bolas e de algodão embebidos em éter para fechar as pálpebras); 47.4.4 – Sustentar as mandíbulas (com atadura ou rolo de gaze); 47.4.5 – Colocar prótese dentária; 47.4.6 – Renovar os curativos (se houver); 47.4.7 – Recolher pertences e valores dos pacientes; 47.4.8 – Identificar o corpo com uma etiqueta fixa ao peito do paciente, com esparadrapo contendo nome, endereço, idade, filiação e outra etiqueta fixa ao lençol do pacote (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 11).

Na sequência dos itens principais há que observar a questão dos pacientes graves, o que, pelo que sugere o documento, precisa de procedimentos diferentes.

Paciente Grave - Com esse tipo de paciente, deve-se observar os sinais vitais, cuidar de maneira mais detalhada no leito, bem como ter acompanhamento médico imediato. Em seguida: “4 – ministrar prescrição médica imediatamente; 5- Anotar no Relatório de Enfermagem o estado do paciente e o atendimento médico e da enfermagem; 6 – anotar no prontuário todos os cuidados dispensados ao paciente” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 5). Todos os procedimentos deveriam ser descritos no prontuário e também deveria ser notificado ao Serviço Social para posteriormente contactar a família. Depois deste item vem o chamado **Pedidos de exame**, que destaca basicamente que todos os exames devem ser solicitados pelos médicos, encaminhados ao laboratório, ser registrado o tipo e aguardar o resultado.

Nos casos de ECT – Neste item há um certo detalhamento sobre como deveria ocorrer todo o procedimento. “1 – identificar o paciente com a prescrição; 2 – guardar o paciente limpo e em jejum na enfermaria; 3 – Retirar as próteses e providenciar protetor para a língua (panos); 4 – testar o aparelho; 5 – providenciar cuba com água, sal e algodão” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 5). Na sequência há mais aspectos sobre a aplicação do ECT: “6 – Imobilizar o paciente dentro a técnica e aguardar a feitura pelo médico; 7 – Observar a reação do paciente após o ECT e comunicar ao médico imediatamente nos casos anormais; 8 – Liberar o paciente para o pátio, se ele se sentir bem” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 5).

Medicações – A questão dos medicamentos era tratada com certo cuidado, uma vez que não havia disposição de medicamentos e em certos momentos sequer se tinha a quantidade adequada. Diante disso também se estabeleceu um protocolo que o setor de enfermagem deveria seguir: “1 – Anotar no livro de Medicamentos, após a prescrição médica, o nome do paciente (a tinta) a medicação e o horário serão escritos a lápis; 2 – Fazer a requisição de medicamentos toda manhã;” (Rotinas Administrativas S. E, 1978,

p. 5). Além disso, seria preciso: “3 – Preparar a medicação antes de descer ao pátio para serem administrados, exceto as injeções EV [endovenosas] que serão administradas com o paciente no leito sempre que possível; 4 – Descer ao pátio com toda a medicação e o livro de medicação” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 5). E finalmente: “5 – Chamar nominalmente cada paciente identificando-o antes de administrar-lhe a sua medicação; 6- Anotar no prontuário do paciente toda medicação de ordem especial e os tratamentos (curativos, escabiose, pediculose, etc.” (Rotinas Administrativas S. E, 1978, p. 5).

Os dois últimos itens dessa rotina *Registro e Anotações e Atividades da Chefia* apontam respectivamente para uma síntese e outros detalhes sobre a forma de registro de tudo o que acontecia nas enfermarias e o quais eram as principais atividades da pessoa responsável pela enfermaria, como, por exemplo, supervisionar todas as atividades. Como se pode observar ainda, há referências ao Pronto Socorro Psiquiátrico. Esse Pronto Socorro, encontrava-se no complexo do *Adauto Botelho de Goiânia* e teve sua obra iniciado entre o final da década de 1960 e início da década de 1970. Foi inaugurado entre setembro e outubro de 1974, como Pronto Socorro Psiquiátrico de Goiânia. Um dos responsáveis foi o professor Wassily Chuc. Este psiquiatra é considerado um dos mais importantes que atuou no Estado de Goiás. Nascido no território da União Soviética, onde hoje encontra-se o território ucraniano, radicou-se com seus pais no Rio de Janeiro após a fuga da guerra. Mudou-se para Goiânia em 1967. Devido a sua importância e o trabalho realizado no manicômio, o Dr. Abrão Marcos da Silva, entre os anos de 1983 e 1987, quando era responsável pelo *Adauto Botelho de Goiânia*, homenageou Wassily Chuc, passando o Pronto Socorro a se chamar Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc.

Em dois documentos separados, datados de 1984 e 1985, temos a indicação de quais seriam os papéis dos médicos na instituição. O primeiro, de 17 de dezembro de 1984, chamado de *Rotina de trabalho do Setor de Clínica Médica – Hospital Adauto Botelho* trata basicamente do médico da Divisão de Medicina Somática e observa as seguintes atribuições

1 – Prestar assistência médica individual aos pacientes hospitalizados, em regime de internação; 2 – Supervisionar e controlar a evolução clínica, os exames e a medicação prescrita aos pacientes internados; 3 – Verificar a identificação e utilização das terapêuticas aplicadas; 4 – Assessorar a chefia imediata na elaboração da previsão anual dos medicamentos a serem obtidos do convênio CEME/OSEGO, fornecendo-lhe as informações necessárias (Rotina de trabalho..., 1984, p. 1)

Esses itens abordam questões mais gerais, atividades que, pode-se dizer, são mais corriqueiras além de mencionar a questão dos medicamentos, mediante relação estabelecida pela OSEGO e a CEME – Central de Medicamentos, do Governo Federal, criada em 1971¹⁰². Os itens seguintes abordam os aspectos mais pontuais sobre a profilaxia, a elaboração de programas voltados para educação sanitária e outras formas de controlar e perceber doenças no espaço asilar:

5 – Promover e coordenar as medidas de profilaxia de doenças transmissíveis; 6 – Elaborar programas de educação sanitária, fiscalizando as medidas adotadas de modo a controlar os pacientes, seus contatos e meios de transmissão de doenças; 7 – Manter contato com o Setor de Arquivo Médico e Estatísticas para manutenção dos fichários e dados estatísticos dos diagnósticos emitidos; 8 – Investigar as deficiências sanitárias que possam constituir perigo à saúde dos pacientes internados ou funcionários; 9 – Executar atos cirúrgicos; 10 – Executar outras atividades que forem cometidas (Rotina de trabalho..., 1984, p. 1).

O outro documento é de 27 de dezembro de 1985, agora com a finalidade de demarcar as funções e os direitos da Chefia da clínica psiquiátrica. O nome do documento é *Função e Direitos da Chefia de Clínica Psiquiátrica*. Os dois primeiros itens destacam os direitos: “1 – liberação quanto à assinatura do ponto de saída; 2 – Gratificação” (Função e Direitos ..., 1985, p. 1). Os 4 itens seguintes destacam sua participação e coordenação em certas reuniões:

3 - Coordenação do Centro de Estudos cujas reuniões se fazem atualmente à 3ª-feiras, salvo feriados, às 19:30 horas no Hospital Aduato Botelho ou Pronto Socorro; 4 – Participação das reuniões de chefias de setores com a Direção – às 1ª e 3ª terças-feiras do mês, às 8 horas; 5 – Participação das reuniões gerais – às últimas terças-feiras do mês às 9:00 horas no Hospital Aduato Botelho; 6 – Participação de reuniões extraordinárias envolvendo os setores técnicos (Função e Direitos ..., 1985, p. 1).

Os últimos itens destacam questões também mais gerais, embora chamadas no documento de responsabilidades, além de estabelecer ao médico nesta função, o compromisso em propor as soluções viáveis para os problemas que surgirem:

7 – Responsabilidade pelo funcionamento de todo o Setor Médico Psiquiátrico do Hospital em estreita correlação com o trabalho desenvolvido no P.S.P. pelo setor médico: 7.1 – Escala de trabalho dos psiquiatras; 7-2 – Escala de férias dos

¹⁰² “A Central de Medicamentos (CEME) foi instituída pelo decreto n. 68806, de 25 de junho de 1971, no âmbito da Presidência da República, com a finalidade de promover e organizar o fornecimento, a preços acessíveis, de medicamentos a pessoas que, por condições econômicas, não os pudessem adquirir. Teve suas atividades encerradas em 1997. Pelo decreto n. 68806/1971, funcionava como órgão de deliberação coletiva, regulador da produção e distribuição de medicamentos de laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde. Um representante de cada uma dessas pastas integrava a comissão que dirigia a CEME”. Disponível em: <https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/central-de-medicamentos-1971-1997> .

psiquiatras; 7.3 – Co-responsabilidade pela produção dos psiquiatras a nível de equipe; 7.4 – Abono de ponto dos psiquiatras em casos pertinentes; 7.5 – Responsabilidade pelo setor médico-psiquiátrico diante dos outros setores do Hospital (inclusive em termo de cobertura médico-psiquiátrica do Hospital). 8 – Servir como elemento catalizador dos problemas do setor diante da Direção bem como dos problemas da Direção diante da classe; 8.1 – Propor reuniões ou mudanças sempre que achar necessário; 8.2 – Levar até a Direção os problemas e reivindicações dos profissionais de seu setor; 8.3 – Levar até a classe, em reuniões se possível periódicas, as sugestões discutidas a nível das chefias, ou outros que achar pertinentes (Função e Direitos ..., 1985, p. 1).

Como se pode observar, aqui há a expressão clara de um duplo papel exercido pelos médicos, já analisados tanto por Foucault (2019) quanto por Castel (1978): papéis de médico e administrador. Aos médicos não é reservado somente a parte de atendimento, de diagnóstico ou procedimentos, uma das principais funções ordenar e organizar a instituição, os horários, a rotina tanto dos pacientes quanto das pessoas que trabalham. Trata-se de um papel disciplinar, que se tornou ainda cada vez mais visível nas instituições psiquiátricas da nossa modernidade.

Também nesse período se tem acesso àquilo que seria o esboço de um regimento geral do *Adauto Botelho de Goiânia*. Pelas informações coletadas nas entrevistas e pela análise dos documentos, não há outro regimento senão esse esboço que detalharemos a seguir. Trata-se de um documento produzido entre o final da década de 1970 e a década de 1980. Eis o primeiro artigo do regimento:

Artigo 1 – Denominação = O Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho é uma unidade hospitalar estatal, pertencente a organização de saúde do Estado de Goiás (OSEGO). Parágrafo Único: A denominação Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho e a sigla H.P.P.A.B. são expressões equivalente, podendo ser usadas indistintamente, para efeitos de comunicações internas e externas (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 1).

O artigo 2 aborda as chamadas finalidades, como que a função da instituição: “Artigo 2º - Das Finalidades: O Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho tem por finalidades” as seguintes:

1 – Prestar assistência médico/hospitalar e biopsicossocial a pacientes com alterações neuropsicopatológicas que procurarem seus serviços, sem distinções de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza e posição social. 2 – Prestar assistência educacional, social e sanitária aos pacientes e familiares (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 1).

Neste artigo, se esboça uma certa igualdade em atender os vários grupos. Além disso, há o acolhimento de noções que entendem o sofrimento mental não só do ponto de biológico, mas, também do ponto de vista psicológico e social. Mostra ainda uma preocupação com a

formação e capacitação e comunicação não só com o paciente, mas, também com a família, que, pelo que o texto sugere, também precisa compreender de maneira mais ampla sua relação com o conjunto família/paciente. Em seguida os artigos 5º e 6º destacam a gratuidade da assistência médica e de certos exames. Mas, na sequência de ambos os artigos há a seguinte observação: “Constitui exceção deste artigo, os exames de pacientes internados [e pacientes encaminhados] pelos Institutos de Previdência Social ou por outras entidades com as quais o H.P.P.A.B. mantém convênio” (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 1). Deve-se observar que a partir da década de 1960, há um processo de vinculação da previdência social o qual faz com que somente pessoas que estivessem trabalhando formalmente fossem atendidas. No caso do *Adauto Botelho de Goiânia* se observa que há uma abertura para o público mais amplo, ao mesmo tempo que ainda atende as pessoas vinculadas aos convênios.

No *Capítulo III*, na seção *Da competência do Hospital*, há os seguintes elementos que caracterizam aquelas que seriam as competências do manicômio: “I – Prestar assistência médica/hospitalar e biopsicossocial aos que dela necessitarem, com presteza, através de técnicas de Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e reabilitação de pessoas portadoras de distúrbios mentais” (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 1). Neste item, novamente, observa-se que não há um isolamento da questão mental como questão puramente biológica, pois esta é tratada como uma questão que envolve as questões biológicas, sociais e psicológicas. Os itens seguintes apontam para uma preocupação com a relação entre os campos de atuação dos entes federativos: “II – Promover a integração dos programas de saúde mental com os programas gerais de saúde, em combinação com a OSEGO; III – Colaborar com os órgãos de saúde dos governos Estadual e Federal, na elaboração de programas, estatísticas ou pesquisas na área de saúde mental” (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 2). Essa previsão de manter relações e parcerias com outras instituições e setores consta ainda nos itens que se seguem. O item IV destaca: “Manter contatos permanentes com outros órgãos estatais, paraestatais ou privados, que atuam na área da saúde mental, visando o aprimoramento de suas atividades” (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 2).

Além dos órgãos relacionados à saúde mental, prevê também a parceria com outros setores: “V – Colaborar com os demais órgãos de saúde na realização e consolidação de estudos para a definição da política de saúde mental e adequação de sua infraestrutura às exigências socioeconômicas do Estado” (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 1). A redação deste item no documento apresenta-se confusa, mas sugere que os órgãos colaborem entre si para a definição de uma política estadual de saúde mental. O outro trecho traz uma ambiguidade, pois, “adaptar

as estruturas às exigências socioeconômicas do Estado” pode muito bem representar o estado de abandono e a falta de investimento na instituição, como detalharemos na alínea seguinte.

Os itens seguintes destacam a busca de aperfeiçoamento do ponto de visto técnico e científico, procurando colocar mais uma vez a instituição como local de produção científica, no qual o saber científico determinasse as ações:

VI – Promover o treinamento do pessoal técnico e administrativo e de apoio, de modo a atualizar os seus conhecimentos técnico/científico, administrativo e atividades afins; VII – Promover reuniões com familiares dos pacientes e interessados; VIII – Associar-se a Centros de Estados oficialmente constituídos com propósito de promover o desenvolvimento científico de médicos, psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, enfermeiras e estudantes de áreas correlatas, no campo de estudo e tratamento de distúrbios mentais. (Regimento Interno HPPAB, s/d, p. 2-3).

Como se pode observar, o regimento aborda uma série de condições às quais a instituição deveria se organizar. Estes últimos itens aqui destacados situam o lugar e as características fundamentais para o asilo tomar uma outra direção. Nesse sentido, a expansão do domínio passava a mostrar as influências diversas às quais seriam necessárias para a normatização, juntamente com a modernização da instituição diante do quadro social. O regimento destaca, na sua parte final, que estabelece uma forma de organograma, organizando as chefias, suas formações e funções.

4.2.2 A questão familiar, superlotação, abandono e pobreza

Quanto ao estado do manicômio, e quais foram as consequências durante e posteriormente ao estado de exceção, bem como as famílias se situavam nesse contexto, é uma das questões trabalhadas neste tópico. Contudo, antes de problematizar essas questões estruturais que condicionavam as famílias, deve-se destacar também que as questões ideológicas operavam nessa relação. Como vimos no tópico anterior, a Doutrina de Segurança Nacional exerceu forte influência sobre as formas como as pessoas controlavam e vigiavam os comportamentos mais diversos. Isso também criava nas famílias o ímpeto para controlar os seus membros.

Esta dinâmica também ocorre de forma a estabelecer um diálogo psicologizante com a instituição familiar. O subversivo almeja destruir a família como forma de enfraquecer a nação, em face disso os pais e mães devem estar sempre atentos a seus filhos, como forma de garantir que os mesmos não encontrem na militância subversiva o abrigo que não fora possível encontrar no seio familiar (Guedes, 2019, p. 58).

Mais especificamente sobre o papel das famílias goianas para o internamento das pessoas consideradas subversivas, loucas, com comportamentos desviantes, foi debatido por Barreto (2018), a partir de um raro, senão o único caso de acesso aos prontuários do manicômio, por parte de pesquisadores. Como se pode observar há inúmeros casos de pessoas encaminhadas para o *Adauto Botelho de Goiânia* com base em argumentos de inconvenientes morais e em constrangimentos aos familiares. Seguindo as análises dos prontuários, Barreto (2018) mostra que estavam entre os motivos das internações: a homossexualidade¹⁰³, mulheres que não faziam as tarefas domésticas, mulheres que não faziam sexo com os maridos, comportamentos considerados desviantes, como não se casar. Enfim, a psiquiatria como discurso da moralidade não é algo só do século XIX¹⁰⁴.

Deve-se observar, no contexto da reflexão de Barreto (2018), que as famílias encaminhavam seus familiares por uma série de condições, que devem ser pensados desde uma perspectiva moralizante e de uma perspectiva que afetava os familiares economicamente:

Para ilustrar o que se produziu em Goiás, trazemos o caso de Pedro, silenciado pela polícia e conduzido ao Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho no ano de 1975. Ele, ao ser encontrado perambulando e “fazendo arruaças pela cidade”, foi detido na delegacia da cidade de Jussara-GO e, posteriormente, levado ao hospital. Pedro, que chegou algemado no hospital e “apresentando hematomas no rosto e pescoço”, foi diagnosticado com distúrbio de comportamento e alteração de conduta. Ainda em seu prontuário, foram enfatizadas as seguintes informações: “paciente com problemas mentais graves de difícil controle. Presume a necessidade de internação prolongada”. Entre histórico de altas, fugas e reinternações, as anotações nos dizem que Pedro esteve no hospital psiquiátrico até a época de sua desativação, em 1995. [...] Marta foi internada no ano de 1978, em seus 22 anos de idade, sob o diagnóstico de distúrbio de conduta e agressividade. Segundo o registro produzido no dia de sua admissão, Marta, que “estava pirada na rua e a polícia trouxe para o hospital”, também dizia ser rejeitada pela família (Barreto, 2018, p. 58-59).

Como se pode observar, a pressão social, econômica e ideológica fez com que muitas famílias encaminhassem seus parentes para a internação. Esse aspecto também está ligado ao modo como a ideologia da Doutrina de Segurança Nacional influenciava as pessoas e a própria intervenção da polícia se estabelecia. Segundo Barreto (2018), de maneira mais expressiva, no caso do *Adauto Botelho de Goiânia*, observa-se entre outras, as seguintes relações diretas das famílias no encaminhamento das pessoas ao manicômio: “Em primeiro lugar, havia a família que acreditava que o tratamento psiquiátrico daria a possibilidade de cura e o familiar pudesse

¹⁰³ Esse não era o termo usado no período, pois, até a década de 1980 as relações homoafetivas eram chamadas de homossexualismo e eram tratadas como doenças.

¹⁰⁴ Sobre a genealogia da psiquiatria e sua compreensão como discurso moralizante, ver o importante livro de Joel Birman, *A psiquiatria como discurso da moralidade*, de 1978, bem como o comentário que fizemos no capítulo 1.

retornar para casa” (Barreto, 2018, p. p. 60). Um outro aspecto diz respeito ao abandono: “Outra posição assumida pela família se refere à utilização do hospital psiquiátrico como um meio de também se afastar e abandonar o seu membro” (Barreto, 2018, p. p. 60). Nesse caso a autora destaca ainda que o abandono está situado em duas vias: a primeira é a própria internação e a segunda seria a negação de que o familiar voltasse para casa.

Parte significativa dos casos pinçados pela pesquisadora mostra que esses encaminhamentos estavam ligados a uma lógica, segundo a qual os pacientes seriam perigosos, que seriam pervertidos, bem como para controlar as crianças e jovens ditas problemáticos, entre outros. Quanto a esses aspectos, cumpre observar que no caso do ocidente, não se trata de novidade essa espécie de polícia familiar, isto é, o espaço familiar sendo aquele que estaria colaborando para o controle e gestão da população como um todo. Um dos mais importantes exemplos desse tipo de problematização é o livro de Jacques Donzelot, *A Polícia das famílias*, de 1977¹⁰⁵. Após destacar uma característica geral do lugar da família como fundante na formação de um estado liberal, o autor mostra que há um papel médico-higienista que precisa ser pensado, dado que esse papel é o sustentáculo do primeiro:

Em segundo lugar há o pólo médico-higienista que não visa refrear uma demanda inflacionista do papel do Estado mas, ao contrário, utilizá-lo como instrumento direto, como meio material de conjurar os riscos de destruição da sociedade através do enfraquecimento físico e moral da população, do surgimento de lutas, de conflitos que marcariam o livre agenciamento das relações sociais com o ferrete de uma violência política que ameaçaria aniquilar o que o Estado tem como simples missão garantir (Donzelot, 1980, p. 51).

A família não é somente espaço, o *locus* onde se realizará esse primeiro processo de controle da população a partir da gestão familiar. Há uma perspectiva médico-higienista que conduz essa instituição a exercer uma função ainda mais sofisticada, do ponto de vista ético. É a família a primeira a acusar e a denunciar os chamados desvios. Segundo o autor, é por meio da família que se potencializa a gestão da sociedade, sobre a perspectiva de que se trata de proteção ao indivíduo.

A totalidade das medidas relativas à higiene pública e privada, à educação e à proteção dos indivíduos, terá inicialmente efeito ao nível dos problemas colocados para a economia pela gestão ampliada da população que ela ocupa; problemas de conservação como também de integração e, a partir disso, elas se irradiarão, fazendo da esfera industrial o ponto de aplicação e o suporte de uma civilização dos costumes, de uma integração dos cidadãos. É com esse espírito de preservação da sociedade liberal através da adaptação positiva dos indivíduos a seu regime, e somente nesse

¹⁰⁵ A edição Brasileira que utilizamos teve sua organização realizada em 1980, pelas mãos do saudoso professor Roberto Machado, como editor da Editora Graal.

sentido, que os higienistas incitarão o Estado a intervir através da norma, na esfera do direito privado (Donzelot, 1980, p. 51-52).

Ora, trata-se da família como meio para normalizar e moralizar o outro a partir de uma certa lógica do cuidado, da formatação dos indivíduos para a sociedade tal como se estabelecia. Mesmo que a análise de Donzelot (1980) ocorra a partir do contexto francês do século XIX, sua análise é fundacional para compreender como a família, seja no contexto da década de 1980/90, ou seja, ainda hoje, tem o papel de comungar com a definição de um consenso social e manutenção dos costumes dominantes. No caso das famílias dos pacientes internados no *Adauto Botelho de Goiânia*, o que a junção das análises sugere é que elas estavam se ajustando e reajustando os seus familiares encaminhados ao modo de organização dos costumes do período. Desse modo, há ainda o processo de fabricação do louco e da loucura a partir das relações familiares. Como bem observou Cooper (1989), analisando as famílias dos pacientes, pode-se observar que a loucura é uma condição de reação, de resposta a certas atitudes do conjunto familiar, quando se utiliza algum familiar como um receptáculo de frustrações e violências.

Aliado a esse aspecto, deve-se destacar um outro que é pouco mencionado, que é a questão das condições sociais das famílias e das próprias pessoas internadas. O trecho a seguir, uma transcrição pinçada do documentário *Passageiros da Segunda Classe*, destaca essa questão:

Eu fico revoltada, eu falo assim: eu não preciso do Adauto. O que que eu vim fazer no Adauto? Por que Deus não me deu outro lugar para mim ficar? Se tivesse me dado um casamento no caso né pra mim ter minha casa particular, como queria que eu trabalhasse de doméstica, porque quando eu era nova que eu queria casar, agora que eu não quero mais nada com homem, nem vontade eu tenho mais, mas quando eu era nova eu queria casar. Agora que eu não quero mais nada com homem, nem vontade eu tenho mais, mas quando eu era nova eu queria casar, mas eu ranjava namorado só ficava fácil para mim os que eu não queria, os que eu queria só encontrava uma vez e sumia, morria, viajava para longe, ranjava outra, quando eu sabia ele já ia casar. Aí ficava difícil. Eu fico pensando assim: Por que Deus, assim, logo que não queria que eu ficasse na roça, trabalhando de doméstica, me arrumasse um casamento, em todo caso. Mas se eu fosse boba, daquelas boba bem... não importa com nada, de qualquer jeito tá bom. Agora assim como eu tô. Eu tô sabendo o que eu estou fazendo no meio desses bobos, desses doidos. Tem noite que eu quase não durmo, eles não deixam eu dormir, acendendo luz, cantando, conversando. Aí eu falo assim, mas culpada disso é meus pecados porque se eu não tivesse tantos pecados eu não estava aqui porque aqui não é lugar meu, eu nunca sofri da cabeça, meu problema é a visão¹⁰⁶ (Passageiro de segunda classe, 2001, min. 14:02-15:25).

¹⁰⁶ Esta transcrição do documentário retirei do texto de Michel Gomes. Para usá-la aqui, foram feitos alguns ajustes e correções, de acordo com a peça cultural.

Além da importante relação desse testemunho para se discutir a questão de gênero e loucura¹⁰⁷ em Goiás, pode-se observar que a senhora era trabalhadora pobre (expressão redundante no Brasil para a maior parte dos trabalhadores e trabalhadoras), que trabalhou tanto na zona rural quanto com serviços domésticos. Mesmo trabalhando não conseguiu superar sua condição de pobreza e foi internada. Nesse contexto é fundamental compreender a relação entre a condição financeira precária das famílias e o encaminhamento das pessoas para serem internadas. Segundo um dos diretores da instituição, o psiquiatra Abrão Marcos da Silva, a Ditadura Militar não criou, mas agravou as condições de precariedade que existiam no *Adauto Botelho de Goiânia*.

Então você quer pesquisar o Adauto Botelho. Sendo assim, você deve se lembrar do Leprosário [o depoente está se referindo à analogia entre leprosário, antigo manicômio de Goiânia], em que se alijava as pessoas dos seus direitos, segregavam as pessoas. Era uma política nacional dirigida a determinados doentes. Essa política vem anteriormente à ditadura de 64. A ditadura só a manteve e a piorou (Silva, 2022, p. 1).

Diante disso, nota-se que a Ditadura não só manteve e piorou as condições internas da instituição, como também afetou a vida da população que não conseguia lidar com altos preços dos alimentos mais básicos, ou com alto custo de vida. Por isso mesmo, segundo o entrevistado, um dos motivos que levavam muitas famílias a internarem os seus loucos era justamente a questão da pobreza, dado que muitas pessoas não conseguiam alimentar suas famílias e viam na possibilidade de enviar os loucos ao asilo como um meio de tirar um “peso” de suas famílias. Comentando sobre os caminhos que levaram a uma tentativa de encaminhar pessoas para as famílias, o ex-diretor do manicômio destaca o seguinte:

Porque nós levamos um ano no diagnóstico, e o ano seguinte para mandar os pacientes para casa. Conseguimos verbas para isso, e as trabalhadoras do serviço social descobriram, conversando com as famílias, que a questão do estigma era a menor coisa para elas, o problema não era o estigma. O fato de as famílias terem abandonado as pessoas lá, não era basicamente pelo estigma. Era porque o paciente dava muito trabalho, além de ficar em casa, de não trabalhar, ele ainda tirava um dos braços da família para cuidar dele. Como é que uma família dessa ia viver? E nessa época a ditadura tinha quebrado o país. Estava uma pobreza miserável. Inflação a 1000% ao ano, uma loucura que você não imagina: quer dizer, era um trem terrível, o empobrecimento do povo era visível. Então foi muito difícil, não é? (Silva, 2022, p. 7-8).

¹⁰⁷ Sobre esse aspecto, já há trabalhos que tentam pensar a forma como a loucura feminina foi produzida a partir da relação entre o *Adauto Botelho de Goiânia* e a sociedade. São os artigos de: Rego Santos (2018, 2024), Barreto (2020) e Gomes (2019).

Nesse sentido, deve-se observar o que diz o documento *Reintegração do indivíduo A si e a sociedade*, relatório avaliativo de Estágio do curso de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, de 1984: “Observamos que à medida em que o interno vai permanecendo no hospital há uma tendência em se tornar um doente crônico” (Reintegração, 1984, p. 8). Quanto à família, diz o documento, “[...] devido a fatores internos e circunstanciais (preconceitos, medo da loucura, condições sub-humanas de vida) tende a abandonar o doente no hospital” (Reintegração, 1984, p. 8). Mais do que isso: “[...] há muitos internos perfeitamente capazes de viverem com suas famílias, faltando disponibilidade das mesmas em aceitá-las” (Reintegração, 1984, p. 8). Além disso, seria preciso observar outras questões: “Existem alguns internos que já perderam o contato com o mundo, tendo medo de retornar ao convívio social” (Reintegração, 1984, p. 8).

Observa-se, aqui, uma ambiguidade, pois, se as famílias eram pobres o *Adauto Botelho Goiânia* também se encontrava, desde que fora inaugurado, com problemas estruturais e de manutenção. Como mostram os jornais do período, houve um verdadeiro abandono da instituição, como já se destacou anteriormente. Essa negligência estava aliada à própria situação degradante em que a maioria das famílias se encontrava, assim sendo, pode-se dizer de um duplo abandono, isto é, famílias largadas a própria sorte, sem condições de viver dignamente, enviavam seus loucos para uma instituição também abandonada, sem investimentos necessários para suprir serviços mais elementares. Paralelo a isso, muitas promessas para investimentos, embora pouco se noticiou sobre obras realizadas.

No ano de 1966, lê-se uma notícia relatando a necessidade de investimentos na estrutura da instituição.

RECURSO DE 46 MILHÕES PARA GOIÁS

Um plano de aplicação de recursos para doenças mentais em favor do Estado de Goiás, distribuído em 12 milhões para manutenção, 4 milhões para praxiterapia¹⁰⁸ e 30 milhões para obras, totalizando 46 milhões de cruzeiros, foi aprovado pelo Ministro Raimundo de Brito, da Saúde. Essa ajuda do Governo Federal, comprova o prestígio que tem a atual administração goiana junto ao órgão da União, vem colaborar de uma maneira decisiva no plano da OSEGO para a assistência aos doentes mentais, principalmente com a Obra do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, que, por sinal, carece de melhoramentos (Correio Braziliense, 07/06/1966, p. 7).

¹⁰⁸ Trata-se do uso do trabalho como forma de tratamento. Essa técnica foi usada por longo tempo em instituições como o *Adauto Botelho*. Contudo, como se pode ler, por exemplo, nos relatórios de visitas aos hospitais psiquiátricos brasileiros, ainda se vê, especialmente nas chamadas Comunidades Terapêuticas, o uso do trabalho como um suposto mecanismo terapêutico cf. Relatório 2018).

Como se vê, mais uma promessa sobre recursos para o investimento no combate à loucura. No trecho analisado observa-se ainda a forma elogiosa que o governo do Estado é tratado pelos Militares. Deve-se lembrar, como destacamos no item anterior, que Mauro Borges foi destituído do Governo em 1964, sendo substituído por um interventor, Carlos Meira Matos, que permaneceu até 1965, sendo sucedido por Emílio Ribas Junior. O governador ao qual a matéria faz menção é Otávio Lage, que assumiu em 31 de janeiro de 1966. O fato é que diante de todas essas promessas de recursos, a situação do *Adauto Botelho de Goiânia* é descrita da seguinte maneira: uma instituição que carece de melhoramentos.

A situação do manicômio continua, como se observa, precária, precisando de investimento, pois, ao utilizar o termo ‘melhoramento’ o editor deixa de usar, omite, o termo abandono. A ideia de carência de melhoramentos, de ações melhoradoras oculta o sentido real do texto, que só pode ser totalmente interpretado se considerarmos a expressão *que por sinal*. No final das contas, trata-se de dizer que há tempos a instituição não recebe a atenção que deveria receber, que há tempos não há o investimento devido na instituição, o que a levaria a condição de abandono.

Em 1967 há a notícia de que seria construído, ao lado do *Adauto Botelho de Goiânia*, uma nova instituição, que seria “[...] um dos mais perfeitos do interior brasileiro, conforme informações prestadas pelo sr. Dione Costa, Superintendente da OSEGO” (Correio Braziliense, 5/12/1967, p. 7). Esta promessa é um tanto quanto inusitada, uma vez que havia instituições psiquiátricas que precisavam de reformas e reestruturação e o Estado, em tese, pretendia construir uma nova estrutura. Essas promessas e as buscas por novas vagas começam a ser mostradas nos meios jornalísticos, o que instaura uma crise dos hospitais psiquiátricos, em especial a relação com o INPS. No Correio Braziliense de 26 de julho de 1968, há uma tratativa sobre uma greve dos hospitais psiquiátricos:

Crise em hospitais psiquiátricos:

Trazendo solução para o impasse criado com a deflagração de greve dos hospitais psiquiátricos de Goiânia, o Superintendente Regional do INPS em Goiás, sr. Arlindo Gaudie Fleury, regressou da Guanabara. O dirigente previdenciário deverá avistar-se, nas próximas horas, com os proprietários daqueles hospitais, oportunidade em que, devidamente autorizados pelas altas autoridades do instituto, proporá a adoção de uma fórmula, capaz de pôr fim ao movimento grevista. Pretende o INPS a extinção da diária global como querem os médicos, sugerindo em seu lugar uma diária de menor valor, separado dos honorários médicos (Correio Braziliense, 26/07/1968, p. 10).

O que está em jogo é justamente uma relação problemática sobre quem poderia ou teria acesso à saúde e como os médicos também eram afetados por esse modelo que direcionava também recursos para a existência de leitos particulares. Com os médicos em greve, a situação

do *Adauto Botelho de Goiânia* se agravava, pois, “[...] os segurados da Previdência Social [...] contam atualmente apenas com o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho para a internação de casos daquela natureza” (Correio Braziliense, 26/07/1968, p. 10). Pelas notícias, não se teve acordo, uma vez que, em matéria de agosto do mesmo ano, os hospitais retomaram a greve. A notícia destaca que um dos líderes da greve era o psiquiatra Geraldo Brasil, que foi o 1º diretor do *Adauto Botelho de Goiânia*, bem como reitera que a instituição não teria condições de receber todos os pacientes segurados (Correio Braziliense, 10/08/1968, p. 10).

Promessas foram noticiadas e sempre com verbos no futuro: será, proporcionará, embora não se tenha nenhuma informação que algum desses recursos tenha sido executado. Nesse contexto, em 1969 o Governador Otávio Lage fez um pronunciamento cuja finalidade era apontar a importância do AI-5¹⁰⁹ para o Estado. Ele destaca que a partir do Ato, reconhecidamente o mais forte da Ditadura, o governo federal teria ocasionado inúmeras melhorias. O então governador afirma que as ações oriundas do AI-5 seriam capazes de retomar a ordem e colocar o Brasil em situação de destaque, além de apertar o cerco contra as “[...] forças desagregadoras que já vinham de novo atuando no País” [...] (Correio Braziliense, 1969, p. 9). Para ratificar seu posicionamento, Lage destaca o que seriam as principais melhorias advindas para Goiás, no período ditatorial até aquele momento. Destaca especialmente os investimentos em grandes obras, tais como a conclusão do segundo estágio da Hidrelétrica de Cachoeira Dourada, investimentos no setor rural com criação de agências vinculadas à Agência nacional do Café, apoio à produção agrícola, construção de moinhos para refinamento de calcário, bem como a criação de centros de treinamentos para os agricultores em Goiânia. Destacou ainda quais seriam os melhoramentos no campo da saúde, destacando que além de serem construídos mais de 192 km de rede de esgoto, Goiás, com o apoio dos militares, teria aumentado o número de pessoas que passariam a ter acesso a água tratada em Goiânia. Além disso, também teriam investido em medicina terapêutica, construindo unidades sanitárias no interior e equipando outras. Nesse discurso, o governador destacou que uma das melhorias realizadas no seu governo seria a aplicação de um alto investimento no *Adauto Botelho de Goiânia*. Cumpre observar as palavras do então Governador:

[O governo teria] equipado e instalado o Hospital Regional de Porto Nacional, no setentrão goiano, a região até então menos assistida do território estadual; e promovido a ampliação do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho e a reconstrução do

¹⁰⁹ Para uma história do AI-5 conferir o importante livro: KUSHNIR, Beatriz. Cães de guarda: jornalistas e censores, do AI5 à Constituição de 1988. São Paulo: Boitempo, 2004. O artigo de Sá Motta (2018) também apresenta questões importantes para pensar as condições do Ato.

Hospital de Isolamento Oswaldo Cruz, na Capital (Correio Braziliense, 05/01/1969, p. 9).

Há a construção de um elogio tendo como base as grandes obras, as construções imponentes, a partir de argumentos que tentam mostrar que durante o período militar as obras eram finalizadas. Como já referimos anteriormente, o Golpe foi financiado sistematicamente por grandes empreiteiras que se beneficiaram e enriqueceram a partir dessas obras, muitas delas sem sequer serem efetivamente finalizadas, como foi o caso do *Adauto Botelho de Goiânia*.

Paradoxalmente, pouco mais de um mês depois, no dia 22 de fevereiro, é observado um corte nos investimentos públicos. O Superintendente da OSEGO, Hélio Seixo de Brito, pede que a área da saúde continue sendo assistida, pois, vem atuando em inúmeras frentes, especialmente contra as endemias rurais e o combate à tuberculose. Mais especificamente sobre o *Adauto Botelho de Goiânia* é dito do seguinte:

Estabelecimento especializado a que, praticamente recorre quase todo o Centro-Oeste brasileiro, o Hospital Psiquiátrico “Adauto Botelho” tem o seu bom funcionamento comprometido pelo excesso de doentes que recebe, muitos dos quais carecem, apenas, de uma assistência ambulatoria. Essa, aliás, é a razão porque, em novo pavilhão a ser construído será reservado local para a instalação de um ambulatório. O prosseguimento da construção, bem como o próprio funcionamento do “Adauto Botelho” dependem dos recursos solicitados ao Governo do Estado (Correio Braziliense, 22/02/1969, p 9).

O que efetivamente se observa, ao contrário do que tenta induzir o discurso de Otávio Lage, é que nesse período a Organização de Saúde Estado de Goiás já começava a apresentar problemas com a falta dos investimentos. Em decorrência disso, uma série de problemas foram gerados, levando o diretor da OSEGO a dizer que era necessária uma restauração dessa pasta, somente assim seria possível a ampliação da saúde por todo o estado e para toda a população, nas palavras do seu diretor (Correio Braziliense, 21/06/1969, p. 4).

Não é por acaso que a crise na Organização de Saúde é comprovada também com uma tentativa do governo canadense em financiar e equipar hospitais. Em matéria de janeiro de 1969 é publicada a seguinte notícia: “Canadá quer financiar hospitais. [...] O plano de aplicação dos recursos já está sendo elaborado [...] e deverá ser submetido à apreciação dos órgãos centrais de Planejamento do Governo Estadual e Federal” (Correio Braziliense, 23/01/1969, p. 15). Uma das obras realizadas seria uma ampliação das instalações do manicômio estadual que se encontrava superlotado:

Levantamento feito sobre as condições de funcionamento do Hospital Adauto Botelho mostrou que a capacidade daquele nosocômio é de 450 doentes mentais de acordo

com as exigências técnicas da assistência desse tipo de doença. No entanto, vem ocupando as dependências daquele importante Hospital nada menos do que 1,020 doentes, o que levou o superintendente da OSEGO a propor ao Governador Otávio Lage a construção de uma colônia de internamento nervoso para o atendimento dos casos chamado “crônicos” (Correio Braziliense, 23/01/1969, p. 4).

Aqui pode-se observar com certa nitidez o aumento significativo no número de pacientes, ao que consta até o momento, o maior número de internados que os registros aqui coletados dão conta. No final do ano o mesmo jornal noticiava que a instituição ainda se encontrava superlotada. No contexto de uma pretensão de uma nova obra, fala-se de uma outra colônia de alienado: “[...] com o objetivo de aliviar a carga de internos do Hospital Aduato Botelho, no momento suportando o dobre de sua capacidade normal” (Correio Braziliense, 21/06/1969, p. 4). Coincidentemente, esse número elevado a esse platô justamente em um dos momentos mais duros e violentos da Ditadura. Por outro lado, cabe destacar também como já começa a operar os mecanismos neoliberais, isto é, a instituição estava abandonada, sem investimentos, e logo em seguida aparece um investimento internacional para “melhorar” as condições do hospital. Embora não se tenha a informação se tal parceria tenha se efetivado, uma coisa é certa, uma das características do capitalismo em seu formato neoliberal é justamente a precarização dos serviços públicos para uma entrega ao capital privado, seja nacional, seja internacional, como é o caso mencionado.

Outras reformas eram noticiadas, como no início da década de 1970, momento no qual se tem a previsão ao mesmo tempo de uma “[...] transformação geral da maternidade Irmã Celina e do laboratório Central, além de reformas de grande amplitude no Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho e no Sanatório JK [...]” (Correio Braziliense, 13/08/1971, p. 1). Alguns dias, antes, no entanto, observa-se a seguinte nota, em um item chamado Hospital, o qual traz novamente a pretensão da criação de um novo Hospital-Colônia:

HOSPITAL

A Organização de Saúde do Estado de Goiás, já tem adiantados os estudos destinados à construção de um Hospital-Colônia para doentes mentais crônicos, em Goiânia, de acordo com a política estabelecida pelo Governo Estadual, no sentido de aperfeiçoar a assistência médico-hospitalar no Estado. Empreendimento, aliado à instalação do Pronto Socorro Psiquiátrico, segundo acredita o médico Alcyr Mendonça, vai reduzir os encargos do Hospital Aduato Botelho, que mantém de 600 a 800 internos, e permitirá um melhor aproveitamento de técnicas modernas de recuperação, muito difíceis de serem ali aplicadas, pela inexistência de uma estrutura adequada (Correio Braziliense, 1/08/1971, p. 2).

Ainda durante a Ditadura, a OSEGO foi alvo de investigação, colocando-a em suspeita, na tentativa de deslegitimar suas ações ou pelo menos procurar atribuir culpa aos seus supostos

responsáveis. Notadamente é preciso olhar com suspeitas o que as forças ditatoriais escreveram sobre a situação, ainda assim, é importante problematizarmos os documentos. De maneira geral, o que se tem é uma série de denúncias em especial quanto à estrutura, à aquisição de medicamentos, a falta de materiais mais básicos, a forma de gerir as instituições e até mesmo observar os horários dos médicos. Tais observações ocorreram nas mais variadas instituições, desde a Colônia Santa Marta, passando pelo Hospital do Pênfigo e uma maior parte do relatório é dedicada ao *Adauto Botelho de Goiânia*. Em um dos quesitos levantados pelo relatório, analisa-se a má distribuição dos servidores, cuja demonstração é organizada a partir do seguinte quadro comparativo entre as principais instituições psiquiátricas da cidade:

Tabela 3: relação servidores/internos 1972

	<i>Adauto Botelho</i>	<i>Sanatório JK</i>
<i>Médico</i>	11	6
<i>Setor de Enfermagem</i>	12	12
<i>Atendente</i>	66	23
<i>Escritório</i>	6	12
<i>Copa, Cozinha</i>	14	27
<i>Zeladoria</i>	20	23
<i>Servente</i>	-	15
<i>Outras funções</i>	11	-
<i>Totais</i>	140	118
<i>Nº de internos</i>	620	170
<i>Nº de leitos</i>	728	217

Fonte: Relatório de Auditoria da OSEGO, 1972, p. 3 (adaptado).

Ao que parece, os auditores tentam mostrar que um hospital como o *Adauto Botelho de Goiânia*, com o seu tamanho e com a quantidade de pacientes, não pode ter menos funcionários do que o Sanatório JK. Então, usa-se como justificativa explícita a seção de servidores para outras setores do Governo. Mas, ainda há muito mais sobre o manicômio goiano neste documento, como se pode observar no trecho a seguir:

CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES: foros é reconhecer-se que as condições de trabalho das diversas unidades da OSEGO, são precárias, como veremos:

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROF. ADAUTO BOTELHO: o precitado hospital tem capacidade para 726 doentes, estando quanto de nossas visitas, com 620 internos. Para atendimento médico conta a unidade de 11 facultativos, inclusive o diretor. O regime de trabalho e, na sua grande maioria, de 23 horas semanais, só o direto e o médico Paulo Soares Gontijo cumprem-se. Os demais observam um horário de duas horas diárias, em média. A cozinha, bem montada e dispendo de todo o equipamento necessário, funciona com sete cozinheiros, sempre auxiliados por doentes em fase de recuperação. A lavanderia, além de atender aos trabalhos do Aduauto Botelho presta, ainda, serviços a outras unidades da OSEGO -, Posto de Saúde da Vila Nova e Maternidade Irmã Colina – Casa do Interior e à Academia Musculo Y Poder. Pela execução destes trabalhos o Hospital não recebe nenhuma remuneração, com exceção da Academia Musculo Y Poder que paga Cr\$ 100,00 mensais. [...] A lavanderia tem um movimento mensal de 33.600 peças em média. Para a execução desta tarefa, conta com 3 funcionárias, auxiliadas por enfermas. A rouparia do Hospital Aduauto Botelho é insuficiente para a capacidade dele, mormente em se tratando de doentes mentais. Há sempre escassez de roupas para os pacientes. Queixa-se a direção da morosidade no atendimento aos pedidos de renovação de estoques de roupas para os pacientes. Disse-nos o Dr. Geraldo Brasil haver solicitado à direção da OSEGO providências no sentido de suprir a unidade com agasalhos para o inverno que se aproxima. Teme ele que o material não seja adquirido em tempo hábil, fato que trará problemas ao nosocômio. O setor administrativo do Hospital tem necessidade de melhor estrutura; julgamos de real importância a contratação de assistentes sociais para executarem o serviço de triagem e identificação dos doentes, principalmente daqueles recolhidos pela polícia nas ruas de Goiânia, evitando-se, assim, que se repita fatos desagradáveis como o que foi a pouco noticiado pela imprensa local. É de todas as unidades a que tem o setor administrativo burocrático menos equipado. A ficha individual dos pacientes não contém retrato, embora o Hospital tenha um laboratório fotográfico, não possuindo, no entanto, fotógrafo. O expediente do Hospital Aduauto Botelho é de segunda à sexta-feira. Aos sábados o hospital funciona somente com a presença de estagiários (Relatório de Auditoria da OSEGO, 06/04/1972, p. 5-7).

Com esse longo trecho muitos aspectos são destacados sobre a condição do *Aduauto Botelho de Goiânia*. Esses aspectos abordam desde a questão estrutural até a relação da instituição com a loucura e o crime. Para o que nos interessa aqui, cumpre observar que embora a Ditadura podia estar usando a situação de abandono para fins ideológicos, como foi possível observar em muitas notícias do período, essa instituição efetivamente se encontrava em situação problemática. O fato é que para as coisas básicas estava em situação de abandono, assim como as pessoas que estavam lá internadas.

Um dado nessa informação precisa ser observado: a quantidade de pessoas internadas. Em todas as matérias e informações a que se tem acesso o número de internamentos é sempre superior aos de leitos disponíveis. Nesse caso especificamente, esse número é menor, 620. Ainda assim, mesmo que a quantidade esteja correta, o número de médicos não é suficiente. Outro dado importante tem a ver com a situação das roupas. Se lembrarmos do documentário *Passageiros da Segunda Classe*, que tem imagens gravadas no final da década de 1980, os internados em sua maioria são filmados e estão quase todos nus e seminus, o que mostra que a falta de vestimentas perdurou por pelo menos mais uma década. A imagem 2, ainda neste capítulo, comprova esse fato.

A falta de cuidado com a estrutura, a falta de investimento, o abandono em relação às coisas básicas da instituição estava profundamente relacionado também com a pobreza, isto é, aqueles que foram não só abandonados, mas que foram forjados os condenados da terra, para usar a expressão tanto de Paulo Freire (1996) quanto de Franz Fanon (1968). Essas pessoas também eram encontradas no *Adauto Botelho de Goiânia*, eram para lá levadas por inúmeras situações e em muitos casos eram levadas pela polícia. Observa-se no documento supracitado a evocação de certos cuidados para o modo como a polícia, como pode-se depreender, prendia e levava para o manicômio toda sorte de pessoas.

Entre esses estão os mais variados grupos, mais conhecidos, como os mendigos, prostitutas, vagabundos e outros conjuntos de marginalizados constituídos mais recentemente. Robert Castel apresenta esses novos tipos surgidos na paisagem social, em especial, depois do desenvolvimento do neoliberalismo.

Indigentes, deficientes, mendigos, vagabundos, velhos e doentes sem recursos, crianças em pais, mães viúvas sem proteção, camponeses sem terra, cidadãos sem domicílio, operários sem emprego, abandonados por conta do crescimento e feridos pela civilização, marginais de toda espécie. É longa a lista dos que suscitaram formas específicas de tomada de consciência e elas próprias extremamente diversas (Castel, 1994, p. 21)

No contexto em que escreve o texto, Castel se questiona se novas categorias deveriam ser inseridas, como os novos pobres, famílias monoparentais, desempregados. Pode-se responder que sim e que outras categorias ainda devem ser inseridas, como os assalariados que não conseguem sustentar suas famílias, mulheres, homossexuais entre outros. Enfim, um sem-número de grupos que se encontram marginalizados.

Na década de 1970 esses grupos já estão envolvidos de alguma maneira com o *Adauto Botelho de Goiânia*. Não só no que tange à internação, mas também procurando lugar para abrigo nessas construções. Foi o caso ocorrido com os chamados mendigos que ocuparam a obra do Pronto Socorro do Adauto Botelho, obra que teria sido iniciada pelo então diretor Samyr Helou e que em 1971 ainda se encontrava distante de ser finalizada: “[...] estrutura e cobertura feitos, faltado apenas a parte de alvenaria e acabamento. Como a obra foi abandonada desde 1967, o ‘esqueleto’ está agora habitado por famílias que o invadiram” (Correio Brasiliense, 13/08/1971, p. 2). Dois anos mais tarde, observa-se em matéria da sucursal do Correio Braziliense em Goiânia, a descrição das mesmas condições da estrutura:

Mendigos são as pessoas mais sem cerimônia que se pode imaginar. Com grande naturalidade invadem lotes, armam tendas de papelão, pedaços velhos de taboas e sobras de latas. Uma coisa que é um convite irresistível às famílias em estado

desesperador, iniciando-se na profissão de pedintes, é um esqueleto de prédio onde a construção tenha sido embargada [...]. Basta a primeira família de necessitados entrar no esqueleto de uma construção para a coisa virar um condomínio de mendigos como é agora, o caso da construção abandonada daquilo que seria o Pronto Socorro Psiquiátrico Infantil, cujo esqueleto foi erguido pela SUPLAN, ao lado do hospital Adauto Botelho, paralisada ao ser concluída a primeira laje. Durante muito tempo a obra ficou abandonada e disso se aproveitaram dezenas de famílias necessitadas que ali se instalaram e estão vivendo (Correio Braziliense, 13/02/1973, p. 2)

Ora, como se pode observar, a relação desse manicômio com os pobres é explícita em muitas situações e nesse caso, colocadas quase de maneira poética pelo editor, em uma linguagem eufemista, destaca a presença dos moradores de rua na cidade de Goiânia. A cidade idealizada para ser limpa e ordeira, continuará a ser lugar dos mais variados tipos de pessoas. Esses grupos, afetados pelas terríveis condições de vida agravadas pela Ditadura, não deixariam de procurar um espaço para se abrigarem. Para isso a ocupação da obra do Pronto Socorro era uma ocasião que não poderia ser desperdiçada por grupos marginalizados como esses.

Nota-se ainda ações com vistas a atacar o uso de drogas em 1973 e medicamentos com efeitos muito fortes. Tal ação, direcionada pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia, teria como finalidade fiscalizar também as instituições médicas e observar se havia desvios. Essa medida foi tomada devido ao grande fluxo de pessoas na capital e ao grande número de pessoas doentes dos nervos, internadas ou não. “O grande número de doentes nervosos vem surgindo como em todo Estado. Conforme informações colhidas nas casas especializadas, está gerando maiores dificuldades [...]” (Correio Braziliense, 24/02/1973, p. 1). Tal dificuldade ocorreria, segundo o jornal, porque “[...] as Clínicas e Casas de Saúde destinadas ao tratamento de Neurologia e Psiquiatria em Goiás são poucas em relação à procura” (Correio Braziliense, 24/02/1973, p. 1). É justamente nesse contexto que novamente é indicada a situação do nosocômio público da capital goiana: “Haja vista a constante internação e o número de pacientes nas casas especializadas, sendo que o único Hospital Público o Adauto Botelho tem população permanente (internos) de 800 pessoas” (Correio Braziliense, 24/02/1973, p. 1)”. Além de destacar o grande número de pessoas internadas permanentemente, o jornal sublinhava que havia pedidos de internação de muitas partes do país: “[...] com pedido de todo o Estado e até de outros Estados para a internação, [o hospital continua] sem condições”. (Correio Braziliense, 24/02/1973, p. 1). No complemento da notícia, novamente está mencionado que estaria sendo projetada a construção de uma outra instituição, a ser criada ao lado do *Adauto Botelho de Goiânia*.

Além dessa relação de exterioridade, a pobreza passa a fazer parte da ordem do dia do *Adauto Botelho de Goiânia*, ou melhor, passou a ter uma relação umbilical com a instituição.

Ainda em 1973 observa-se a notícia que embora muitas instituições tenham pedidos para internação, “[...] os pedidos de admissão são mais numerosos para Aduino Botelho [...]” (Correio Braziliense, 31/07/1973, p. 7). Isso aponta para a maior demanda de pedidos de internamento feitos pelas famílias¹¹⁰ que são acompanhadas pela equipe de assistência social, isto é, as famílias pobres.

Os anos posteriores também serviram para observar por exemplo que havia a notícia de inauguração do Pronto Socorro em 1974, que seria um anexo ao *Aduino Botelho de Goiânia*, para atender de modo mais específico o público infantil, sendo considerado um dos mais modernos do país (Correio Braziliense, 1/05/1974, p. 3; 7/07/1974, p. 2). O contexto dessa inauguração está atrelado, como já mostramos nesta tese, à procura por ampliação de vagas nas instituições psiquiátricas. Em 1974, houve também uma notícia sobre as internações em Goiás, a qual destaca que o hospital “[...] Professor Aduino Botelho, para doentes mentais tem em média de 750 leitos [...]” (Correio Braziliense, 28/05/1974, p. 2).

O documento *Serviço de Enfermagem*, de 1978, já mencionado anteriormente, destaca que foi somente a partir de 1977 que foram realizadas algumas reformas e mudanças no manicômio, embora isso tenha sido realizado a partir do empenho da Primeira-Dama do Estado no período: “A partir de 1977, no governo de Irapuan Costa Junior, tendo como Secretário de Saúde Dr. Henrique Fanstone, e Diretor do Hospital Dr. Luiz Ládgero Pires, como Administrador Sr. Agílio Paes Landin, foram concluídas as restaurações na planta física e feitas reformas” (Serviço de Enfermagem, 1978, p. 5). Eis como documento destaca a participação da Primeira-Dama e ao mesmo tempo narra as condições do asilo:

Após muitos pedidos e relatórios sobre as dificuldades quanto ao material, ambiente e carência de pessoal, muitas decisões foram tomadas graças à atuação direta da 1ª Dama do Estado D. Lúcia Vânia Abrãao Costa. Ela assumiu todos estes problemas com carinho, dinamismo e ação. Em todo o Hospital, assim como em cada enfermaria podemos sentir sua presença pelos móveis recebidos, como: prateleiras, armários, cadeiras, bancos de madeira e de pedra, mesas, máquinas de escrever, mesas de recreação, roupas, etc. além do bom número de funcionários contratados por seu intermédio. Tudo isso em benefício dos pacientes deste Hospital. D. Lúcia Vânia Abrãao Costa atendeu todos os pedidos de material permanente e de consumo de 1ª necessidade e manifestou o desejo de conhecer e estar por dentro das atividades do Serviço de Enfermagem como roteiros, rotinas e atribuições a fim de sentir a eficiência da assistência aos pacientes (Serviço de Enfermagem, 1978, p. 5).

¹¹⁰ Vale destacar novamente aqui a posição de Jacques Donzelot (1980), que destaca o modo como se desenvolve no interior da estrutura familiar um forte sistema de regulação e controle das práticas. Ele chama isso de tutelação. Isso notadamente leva as pessoas que não estão circunscritas em determinados padrões a serem internadas. Quanto ao estado de Goiás, a questão familiar e os processos de internamento também são recorrentes, como vimos na peça de arquivo aqui analisada. Sobre esse contexto ver o importante trabalho de Barreto (2018).

Não obstante o tom jubiloso em relação à Primeira-Dama, observa-se que essas ações teriam colaborado num primeiro momento para pequenas melhorias na instituição. Contudo, no decorrer da década de 1980, especialmente com o aumento da inflação e o alto custo de vida, bem como a expansão demográfica que atravessava as cidades e especialmente as capitais, o aumento das pessoas nas ruas se acentuou ainda mais. Isso aumentou o número de casos de internados recolhidos nas ruas pelas forças policiais, que aliás, sempre estiveram na linha de frente do aprisionamento dos pobres.

Isso tem uma relação muito próxima com aquilo que Wacquant (2003) denominou, acerca do caso estadunidense, de criminalização da miséria. Uma das características desse modelo de organização do estado é que ele vai aos poucos se afastando de um estado caritativo e vai se configurando em um estado cada vez mais punitivo para com os pobres, demarcando uma característica fundamental do estado neoliberal.

Esse aspecto de governança e punição da miséria e da pobreza pode ser vista quanto ao caso de Goiás de muitas maneiras. No que tange ao manicômio da capital, pode-se dizer que sua função sempre foi combater a pobreza, a miséria, só que se fazia isso com base nas condições morais que a psiquiatria sempre assumiu para si. No ano de 1982, um dos arquivos das Ditadura mostra um grande interesse sobre o VI Encontro Goiano de Psicologia, organizado por estudantes e professores da Psicologia da então Universidade Católica de Goiás e realizado na UFG. Tratando dos assuntos mais diversos, como a violência e a pobreza e tratando a pobreza como uma violência, entre os temas do IV Encontro estava a saúde mental. Foram assistidos e comentados filmes, entre eles, o filme *Em nome da razão*. Especificamente sobre a instituição manicomial de Goiânia, há a seguinte observação: “1) Anotações de um estudante de Psicologia, realizadas no Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho. Do seu conteúdo se conclui que os hospitais psiquiátricos são verdadeiros campos de concentração. São depósitos da sociedade” (INFORME Nº 145/310/AGO/SN1/82/VI Encontro Goiano de Psicologia, 17/05/1982, p. 2).

No ano de 1983 há um conjunto de matérias destacando críticas às condições do *Aduato Botelho de Goiânia* naquele período. Todas as matérias sublinham o abandono da instituição e das condições dos internados. A primeira matéria que temos é justamente intitulada *Hospital é depósito de loucos* e tenta demonstrar que a tentativa de melhoria da instituição seria vender o terreno e construir uma nova. Destaca ainda o número de paciente internados, 422 e que eles estariam em condições precárias, dado que a instituição também estava abandonada, faltando os itens básicos. Em seguida há a informação de que a imprensa não podia entrar na instituição: “**IMPRESA NÃO ENTRA:** Mesmo com o novo Governo, a presença de jornalistas no Hospital “Aduato Botelho” é categoricamente proibida pela direção e mesmo com a presença

da comissão presidida pelo deputado Idelfonso Avelar [...]” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18). Essa proibição não era apenas para indivíduos comuns, pois, mesmo na presença do então deputado “[...] que inspecionou as instalações do hospital esta semana, a imprensa não pôde participar. Entretanto, conforme informou o deputado, a situação que há vários anos vem sendo denunciada pela imprensa, continua a mesma” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Destaca-se ainda que situações do dia a dia, das condições e ambiente das pessoas internadas: “Não há pessoal nem para dar banho nos doentes, que se lavam em grupos com a água esguichada de uma mangueira’ afirmou acrescentando que as condições do hospital são péssimas” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18) Repercutindo ainda a fala do deputado, acrescenta: “Nas camas não existem lençóis e faltam cobertores. As redes de água e esgoto apresentam defeitos provocando mau cheiro e a presença de moscas. ‘Apenas nos últimos meses a comida melhorou, pois antes era uma sopa rala e malfeita’, completou o parlamentar” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18). A descrição é das mais degradantes, mostrando que o estado da instituição, que vinha sendo retratada pela imprensa nos últimos anos, ainda continuava em condição de total falta de investimentos para as questões básicas, como recusa em sanar a presença do miasma dos esgotos. Deve-se dizer, que esse cenário é apresentado diante das várias promessas que já se observaram até aqui. Há mais:

Com capacidade para 600 pacientes, o “Adauto Botelho” abriga hoje 422 doentes e a intenção da diretoria é diminuir ainda mais esse número devido às condições sanitárias desfavoráveis e a falta de pessoal. Também atingidos pelo decreto do governador Iris Rezende, vários médicos e pessoal auxiliar foram demitidos. Atualmente, apenas 12 médicos trabalham no hospital, recebendo um salário de Cr\$ 88 mil mensais (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Essa questão da diminuição do número de internados aparece como uma tentativa de diminuir os gastos, gastos estes que já eram representados pela diminuição do número de pessoal, que se apresentava nesse período, num processo que se alinha muito facilmente com as políticas neoliberais que passaram a ser mais comuns nos anos 1990. Essa redução também está relacionada com a expansão do número de instituições privadas, como também já destacamos.

Outro aspecto que merece destaque, no contexto da diminuição dos investimentos, é a falta de atividades para os internados, a chamada ociosidade. “Há vários anos, as oficinas de carpintaria, sapataria e outras estão desativadas por falta de verbas. Também não existe mais a horta que servia inclusive para abastecer a cozinha, como também as plantações de arroz, mandioca, feijão, que eram mantidos pelos pacientes” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Especialmente a chamada laborterapia, era muito defendida nesse período, tendo como referência as plantações que eram organizadas durante a gestão do já mencionado Samyr Helou, frente ao manicômio. “Uma grande parte da área que antigamente era plantada, foi tomada, primeiro pela Saneago, depois pela Caixego, e agora, mais recentemente, pelo Batalhão da Cavalaria da Polícia Militar do Estado” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18). Essa referência às instituições que foram se apossando do terreno é fundamental, mas não nos interessa neste momento de maneira mais sistemática. Interessa como isso se articula com outros aspectos na produção do abandono da instituição. Sobre a questão da ociosidade e a falta de atividades para os internados, destaca a matéria: “Sem uma atividade ocupacional, nem mesmo área de lazer, os internos do ‘Adauto Botelho’ passam os dias perambulando pelos corredores escuros e úmidos, ou em cima de uma cama dopados com psicotrópicos” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Diante da cena descrita pelo deputado, da falta de formas terapêuticas senão as drogas, o deputado observa que o hospital é também outra coisa: “Segundo o deputado Idelfonso Avelar, o Hospital ‘Adauto Botelho’ é ‘um depósito de seres humanos e isso não se pode admitir porque traz grandes prejuízos para o Estado, não permite um tratamento adequado aos doentes [...]’” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18), isso ocorre “[...] enquanto a equipe médica fica sobrecarregada e não atinge os objetivos do Programa de Saúde Mental estabelecido pelo Ministério da Saúde” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

A caracterização do *Adauto Botelho de Goiânia* como um depósito representa ao mesmo tempo as condições de seu abandono, do seu empobrecimento, do mesmo modo que mostra uma relação direta com as pessoas que eram encaminhadas para aquele espaço. Nota-se ainda que as promessas da construção de uma nova instituição, embora não dita explicitamente, pode levantar a suspeita de que se tratava de tentar levar a instituição psiquiátrica novamente para um lugar mais afastado, num esforço de limpeza da cidade. “Ao propor a venda do terreno a direção entende que dessa forma poderá conseguir recursos para a construção de um novo hospital principalmente num local onde exista espaço suficiente para áreas de lazer e terapia ocupacional” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Há outros pontos que devem ser observados ainda na matéria:

Outro problema que agrava a situação do “Adauto Botelho” é o grande número de pacientes que são abandonados pelas famílias e continuam vivendo no hospital sem necessidade disso. Segundo o deputado Avelar, a direção do hospital garante que 50 por cento dos internos têm condições de retornar às suas casas. Entretanto, continuam ali porque o próprio hospital não possui informações sobre a família do paciente. Nesse sentido, o deputado apresentará na próxima semana um projeto de lei

estabelecendo que nenhum doente mental seja internado sem que o prefeito da cidade de onde ele vem, o delegado de polícia que o encaminha, ou a sua família, assinem um documento de responsabilidade com todas as informações a respeito da origem do paciente (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Também já problematizamos neste item a questão familiar, tentando demonstrar que uma leitura moralizante da questão, por si mesma, não explica as internações. O que merece destaque aqui é justamente observar que não havia dados das pessoas internadas, sendo necessária, pelo que diz a notícia, uma intervenção no sentido de exigir que nenhuma pessoa fosse internada sem informações básicas, como o endereço. O fato é que dessa comissão de inspeção, multiprofissional, o objetivo seria criar um grupo para se estudar a saúde mental em Goiás:

Essa comissão que visitou o “Adauto Botelho” é presidida pelo deputado Idelfonso Avelar e composta por representantes da Associação de Psicólogos e Psiquiatras, além de uma Promotora de Justiça. O objetivo é iniciar uma discussão sobre saúde mental em Goiás, além de exigir que medidas sejam tomadas pelo Governo (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Já nesse primeiro momento, algumas demandas já eram vistas como possibilidade: “Até agora, algumas propostas já foram encaminhadas como a necessidade urgente de se construir um Manicômio Judiciário em Goiás” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18). Outra proposta está ligada ao processo de descentralização: “Para descentralizar o atendimento, já que somente na capital existem hospitais psiquiátricos, uma das propostas é a criação de um posto no interior do Estado” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18). Não bastava, ao que parece, somente diminuir a quantidade de pessoas na instituição, seria preciso criar espaços para outras pessoas que buscavam atendimento em Goiânia. “Além disso, reivindicam a construção de um albergue para os pacientes que não precisam ser internados e que vem a Goiânia para tratamentos” (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Depois de quase dois meses, uma nova matéria foi publicada sobre as condições do *Adauto Botelho de Goiânia*, destacando novos aspectos e repetindo outros. Dessa vez, contudo, chama-se para o debate a autoridade do saber e do poder médico, que é estampado inicialmente no título: “Hospital é depósito de louco, diz médico”. A matéria inicia-se da seguinte maneira: “Uma séria denúncia contra o Hospital Psiquiátrico ‘Adauto Botelho’, de Goiânia foi feita ontem pelo médico e vereador do PMDB, Etevaldo Alves, comparando-o a algo que se superpõe a bastilha, em matéria de descuido, abandono e bestialidade” (Correio Brasiliense, 23/08/1983, p. 6). A chamada de atenção da posição de médico é utilizada para tentar mostrar que não se trata de uma questão política e sim de uma questão técnica, pois, quem está dizendo que a

instituição está abandonada e com pessoas em estado de bestialidade não é só o vereador, mas, principalmente o médico. Assim se constrói um argumento de autoridade. Segue a apresentação do cenário:

“Ali, entre aquelas muralhas imponentes, a sociedade enterra o maior de seus escárnios: os loucos. Em condições de vida sub-humana, desnudos sob o vento gelado, quase meio milhar de ‘pessoas’ se arrasta pelo solo infecto e pelos galpões sujos e fétidos, quais seres espectrais em decomposição a pedirem um pouco de complacência aos homens em quem um dia confiaram” (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6).

Ao que parece em tom irônico, o vereador busca mostrar que a loucura é vista pela sociedade como algo fora de lugar, um ente provocador, desdenhoso, o escárnio é justamente a loucura se manifestando e o único meio que a sociedade tem para contê-la é aprisioná-la. Paralelamente à apresentação do espaço asilar como sendo um lugar inóspito e hostil, as pessoas são chamadas como figura de linguagem, são pessoas entre aspas, são espectros de pessoas que estão sendo decompostas tanto pelo espaço quanto pelas pessoas que, em tese, estavam lá para efetuar cuidados. Não se trata de dizer que as pessoas, ou melhor, que os profissionais eram pessoas más. Essa dualidade moral entre bem e mal, essa moralina, como diria Nietzsche¹¹¹, a amiúde prejudica a análise. Cumpre perceber que se tratava também de profissionais já adoecidos, cronicados na e pela instituição, abandonados. Não parece exagero dizer que estavam também os profissionais se decompondo, pois a instituição também estava. Depois do relato do vereador, há a indicação do que seria feito na sequência:

Hoje, o vereador que fez esse levantamento irá ao governador do Estado de Goiás, Iris Rezende Machado, para levar sugestões baseadas num documento realizado pelo Centro Acadêmico de Medicina, de psicologia, enfermagem e ciências sociais da UFG. Na câmara Municipal, o vereador Etvaldo Alves requererá um ofício para ser enviado ao secretário de Saúde do Estado. Ronei Edmar Ribeiro e ao Governador Iris Rezende Machado, além de várias outras entidades, solicitando às autoridades competentes que “sejam adotadas medidas urgentes no sentido de solucionar os graves problemas por que passa o Hospital Adauto Botelho de Goiânia, conforme os dados levantados por sua equipe” (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6).

Essa aparente preocupação se estabelecia entre outras coisas porque se tratava da única instituição pública com fins psiquiátricos de estado de Goiás. Por isso, seria necessária alguma intervenção: **“ÚNICO EM GOIÁS - Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho é o único que**

¹¹¹ É em Genealogia da Moral que Nietzsche discutirá como os ideais ascéticos, baseados na dualidade bem e mal, vai produzir a decadência humana. Mais precisamente na primeira dissertação, será feita uma discussão sobre a diferença entre bem e mal versus ruim e bom. Nietzsche observa que é a partir da valorização positiva sobre bem e a valorização negativa sobre o mal que se constrói a moral. E questiona: A quem essa valorização interessa essa valorização? E se o contrário ocorresse? (Cf. Nietzsche, 2009).

atende a esse tipo de pacientes em Goiás e o descaso citado pelo vereador em seu levantamento leva a crer que as condições de vida e de recuperação são as menores possíveis” (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6). Diante da descrição do que estaria ocorrendo na instituição, que seria a única capaz de tratar os chamados doentes mentais, a matéria destaca que estavam ali internados outros grupos de pessoas: “Etvaldo documentou toda a sua visita com cerca de 70 fotos, o que não é permitido pela direção da casa, a não ser em situações especiais. Uma das suas conclusões diz ‘70 por cento dos pacientes internados estão lá apenas por problemas sociais’” (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6). Os internados por problemas sociais podem ser chamados de pobres, ou seja, entre as funções da instituição estava a de estabelecer uma função de higienização e limpeza das ruas, trancafiando no asilo as pessoas consideradas indesejáveis. Além disso, segundo a matéria, “[...] 50 por cento de todos os pacientes são doentes crônicos irrecuperáveis” (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6). Se eram irrecuperáveis, em grande medida o eram justamente porque não havia do que se recuperar, exceto das mazelas do capitalismo que se agravaram com a Ditadura. Nessas condições, reitera o jornal: “[...] o hospital deixa percentualmente de ser um hospital para ser um asilo. Ele não tem estrutura nem física nem funcional para atender e recuperar pacientes crônicos, deficientes mentais, problemas sociais e outros” (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6). A instituição encontrava-se, portanto, abandonada, sem que as condições estruturais fossem minimamente adequadas, mas também representava uma espécie de projeto, afinal, a falta de financiamento durante as décadas resultou nas más condições da instituição.

As acusações do vereador Etvaldo Alves, que também é médico, garantam que nas atuais condições de funcionamento o hospital não tem condições de recuperar realmente a maioria de seus pacientes. “Trata-se – diz – de situação calamitosa de sub-humanidade. Fraca alimentação; ausência de roupas; inexistência de medicamentos essenciais; sedação excessiva para conter a agressividade do ‘hospitalismo ocioso’; precariedade do atendimento clínico-geral e a da higiene hospitalar; levando a sérios problemas de escabiose, pediculose, tuberculose, verminose, subnutrição, ociosidade, promiscuidade corporal e sexual, drogodependência e prisão. O serviço odontológico é usado apenas para arrancar dentes, a sala de raio X não mais funciona. Em seu lugar há um depósito de colchões. A falta de material também viabiliza o funcionamento do laboratório ali existente (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6).

Segundo essas informações, o *Adauto Botelho de Goiânia* estaria totalmente degradado, cronificado, espaço no qual, além de não haver condições higiênicas, médicas, também estruturalmente não havia o mínimo de cuidado, isso refletia pessoas, nos profissionais. É diante disso que a matéria arremata com uma comparação não só a um depósito:

DEPÓSITO DE LOUCOS

Para Etvaldo, “o Hospital Aduino Botelho é, na realidade, um depósito de loucos, vítimas do sistema”. E acrescenta que o hospital “é um campo de concentração”, alertando a sociedade de Goiás para o fato de que aquelas pessoas não são elementos perigosos para a humanidade, porque são raros os casos em que realmente são perigosos (Correio Braziliense, 23/08/1983, p. 6).

A comparação com os campos de concentração é sem dúvidas a mais incisiva que se pode observar no que diz respeito ao *Adauto Botelho de Goiânia*. A remissão ao que ocorria no contexto da solução final nazista, faz eco também com outra instituição, o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, cujos acontecimentos Daniela Arbex chamou de Holocausto Brasileiro. Do ponto de vista interno, tais comparações não parecem exageradas, dado as condições e o estado decadente delas. Representa também, do ponto de vista externo, político, as suspeitas cada vez mais fundadas de um projeto que teve como meta não estabelecer tratamentos, cuidados e sim ser mesmo um depósito para jogar as pessoas pobres e indesejadas, limpar as ruas por meio de uma instituição de estado.

No mês de setembro, outra matéria divulgada, agora assinada por Helverton Baiano, além de trazer, repetidamente, dados das entrevistas anteriores, destacou mais alguns detalhes. No primeiro momento sublinha a questão da articulação política e a questão do terreno, além de apresentar os nomes das pessoas envolvidas nos processos decisórios:

Doentes mentais abandonados no Adauto Botelho: vereador denuncia péssimo estado

“Um depositário de loucos, um campo de concentração em pleno Centro-Oeste, e que não pode ser denominado de hospital”. Dessa forma o médico e vereador pelo PMDB goianiense, Etvaldo Alves, descreve o único hospital psiquiátrico do Estado e que abriga hoje 470 deficientes mentais, a maioria deles há mais de cinco anos. Este é um dos problemas para a área de saúde do governo Íris Rezende Machado e que despertou com as denúncias e as pesquisas pelo vereador Etvaldo Alves. Morte lá é uma palavra corrente, diz ele. Foi ele quem convocou na semana passada uma sessão especial do legislativo municipal para discutir o problema. Dessa sessão, que teve a participação do secretário da Saúde do Estado de Goiás, Ronei Edmar Ribeiro, e o diretor do Adauto, Carlos Fernando, resultou a formação de uma comissão que irá reestudar o problema e propor soluções. Tudo isso, entretanto, para Etvaldo, não será conseguido sem a ajuda direta do governo Estadual, pois o hospital é de sua responsabilidade, com a injeção de recursos que possam pelo menos a curto prazo solucionar problemas. E é quase somente de problemas que vive o hospital psiquiátrico Adauto Botelho, de Goiás, mas que já conseguiu superar muito, segundo o seu atual diretor, em relação ao que deixou a administração passada. Aos poucos sendo acabado, o Adauto teve grande parte de sua área disponível abocanhada por diversos órgãos estaduais, entre eles, o Regimento de Cavalaria da Polícia Militar, Caixego e Saneago. Isso – é opinião unânime – deixou restrita a atuação dos doentes mentais, pois lhes roubou a única área disponível para o desenvolvimento de cultura da terra (Baiano, Correio Braziliense, 23/09/1983, p. 7).

Notadamente que não se trata de uma área que teria sido roubada, aos poucos o terreno foi sendo cedido a outras instituições estaduais e diminuindo o seu alcance. Além dos problemas

narrados na matéria anterior, lê-se outros e detalha-se mais alguns tais como a falta de medicação:

E foi por aí onde começaram os problemas enumerados hoje pelo vereador e médico, depois de intensa pesquisa e documentário: falta de funcionários, tanto no atendimento médico como no doméstico; o serviço odontológico é disfuncional, pois apenas arranca dentes; não há sala de raios X; falta de material; banheiros em condições precárias; os vestuários são trapos; faltam remédios, pois, a CEME não está enviando regularmente; moscas, urina, fezes, fumo, ócio, pranto e dor (Baiano, Correio Braziliense, 23/09/1983, p. 7).

No trecho seguinte reforçam-se os dados e as condições do manicômio, chamando a condição daquele período de hospitalismo, uma situação que agravaria tudo e todos os que estavam envolvidos com a instituição:

O vereador Etvaldo Alves chega a considerar o Aduino Botelho um presídio, pois não restam condições humanas da vida. Outro fator de relevância em sua pesquisa afora do fator social. “Atualmente – diz – 70% dos pacientes internados estão lá apenas por problemas sociais. E 50% de todos os pacientes são doentes crônicos irreversíveis. Assim, o hospital percentualmente deixa de sê-lo, para se transformar em um asilo”. A maioria dos pacientes que está no Aduino hoje, segundo Etvaldo, não carece mais de tratamento, porque já passou da fase de doença para a do hospitalismo, que também é uma doença grave e que ataca não só os pacientes loucos, mas à estrutura funcional e social. “Trata-se de uma situação calamitosa de subhumanidade”, e dentro desse contexto situa-se a sedação excessiva para conter a agressividade do “hospitalismo ocioso”. E foi para resolver essa situação calamitosa que ataca a loucura goiana, que se reuniram as maiores autoridades do setor, chegando-se à conclusão de que os problemas têm que ser atacados de uma forma gradual, porque numa estrutura como estão montados, não é correto que haja uma ruptura drástica para solucionar (Baiano, Correio Braziliense, 23/09/1983, p. 7).

A noção de hospitalismo ocioso de certa maneira conduzia as propostas sobre aquilo que se deveria fazer na instituição. Mas, não só isso, parece haver consenso sobre a necessidade de se criar outra instituição psiquiátrica, mais especificamente uma colônia agrícola, que parece ser uma posição que agradava os defensores do trabalho como terapia. Neste ponto pode-se observar que houve uma tentativa de restabelecer o que a instituição originalmente era, uma colônia agrícola. Caso não fosse possível, seria preciso encontrar outras formas de trabalho e de ocupação para as pessoas internadas.

Um dos primeiros passos a ser buscado pela comissão será o de acabar com a ociosidade, criando condições para que os próprios pacientes desenvolvam trabalhos internos de produção de alimentos e artesanato. Mas como fazer isso? Etvaldo afirma que somente conseguindo o espaço que era propriedade do hospital Aduino Botelho, ou se criando colônias agrícolas para que os pacientes saiam da ociosidade. O secretário da Saúde coloca o seu ponto de vista favorável a essas preocupações e se dispõe a ajudar no trabalho de redimensionamento das condições do Aduino Botelho (Baiano, Correio Braziliense, 23/09/1983, p. 7).

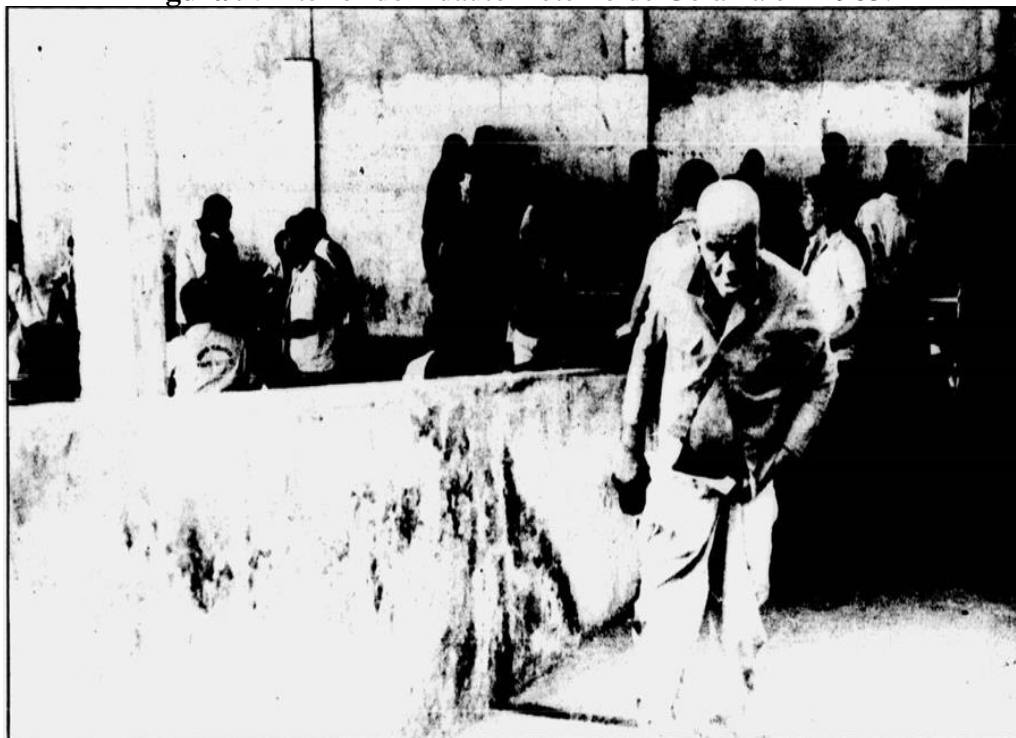
Na última parte da matéria, recorrendo novamente a outros elementos das matérias anteriores, destaca-se sinteticamente o desejo de que a instituição fosse palco de intercâmbios e experiências com o apoio de instituições internacionais. Além do mais, destaca-se a necessidade de descentralização dos atendimentos e possibilidade do *Adauto Botelho de Goiânia* se tornar um lugar para atendimentos mais rápidos:

“A sociedade também é culpada por esconder esse escárnio”, afirma Etvaldo, estendendo a sua análise para a família que, na sua opinião, tenta ocultar o problema, colocando-o sob muros fechados. Para ele, seria muito bom se se conseguisse abrir os muros do Hospital Psiquiátrico, como demonstram outras experiências estrangeiras. Nas atuais condições, entretanto, ele observa, é impossível.

O que se tem que fazer, segundo ele, é desenvolver condições de se tratar a maior parte desses pacientes do Adauto no seu lugar de origem, porque a simples mudança de local já é uma violência praticada contra eles. “Precisamos descentralizar o atendimento – diz – como forma ideal. O Adauto deve se transformar num local para tratamento efêmero, apenas e tão somente dos casos agudos” (Baiano, *Correio Braziliense*, 23/09/1983, p. 7).

Ao lado da matéria, há uma foto, uma das 70 tiradas pelo vereador Etvaldo, que retrata ou tenta retratar as condições da instituição durante aquele ano de 1983, no qual a instituição foi alvo de tantas críticas. Trata-se de imagem importante, que, embora não esteja com a melhor qualidade possível, é ainda uma das poucas fotos que datam desse ano. Eis a foto:

Figura 9: Interior do Adauto Botelho de Goiânia em 1983.



Fonte: *Correio Braziliense*, 23/09/1983, p. 7

Abaixo da foto há a seguinte legenda: “Mais de 470 pacientes estão em estado de completo abandono no único Hospital Psiquiátrico de Goiás, ‘verdadeiro depositário de loucos’” (Baiano, Correio Braziliense, 23/09/1983, p. 7). Mesmo em preto e branco, a imagem consegue captar uma certa densidade, aliás, o preto e branco da fotografia deixa a imagem ainda mais carregada, além do foco no senhor curvado, pode tentar representar um certo estado de decadência da instituição. De todo modo, não se tratava apenas de um depósito de loucos, tratava-se também de um depósito de pessoas pobres, pessoas em condições sociais frágeis, como as fontes mostram algumas vezes neste capítulo.

Esse conjunto de denúncias deixou em alerta as formas ditatoriais. Em um documento do Serviço nacional de informação, órgão da Ditadura Militar, com o título *Propaganda Adversa em Goiânia*, há a denúncia de que vereadores militantes do Partido Comunista organizaram, no final de 1983, um mural contendo críticas à ditadura e às instituições nacionais. O primeiro parágrafo do documento observa o seguinte:

Um quadro mural contendo recortes de jornais e outras manifestações de críticas depreciativas ao regime político brasileiro, às autoridades constituídas, inclusive, com denúncias de corrupção, foi instalado em um dos pontos de maior fluxo de pessoas, no Setor Central de GOIÂNIA/GO (Avenida Anhanguera, esquina com a Rua 7), visando, principalmente, a fomentar a campanha pelas eleições diretas para Presidente da República e a criar um clima de animosidade contra o Governo Federal e as instituições nacionais (Propaganda Adversa em Goiânia, 18/01/1984, p. 1).

Nesse mural contendo recortes de jornal, o documento destaca um recorte de jornal que mostra quais seriam as condições do *Adauto Botelho de Goiânia* e sua relação com os criminosos, questão que já analisamos no capítulo anterior e retomamos aqui, diante do novo contexto. A primeira página recortada do *Diário da Manhã*, traz a seguinte imagem:

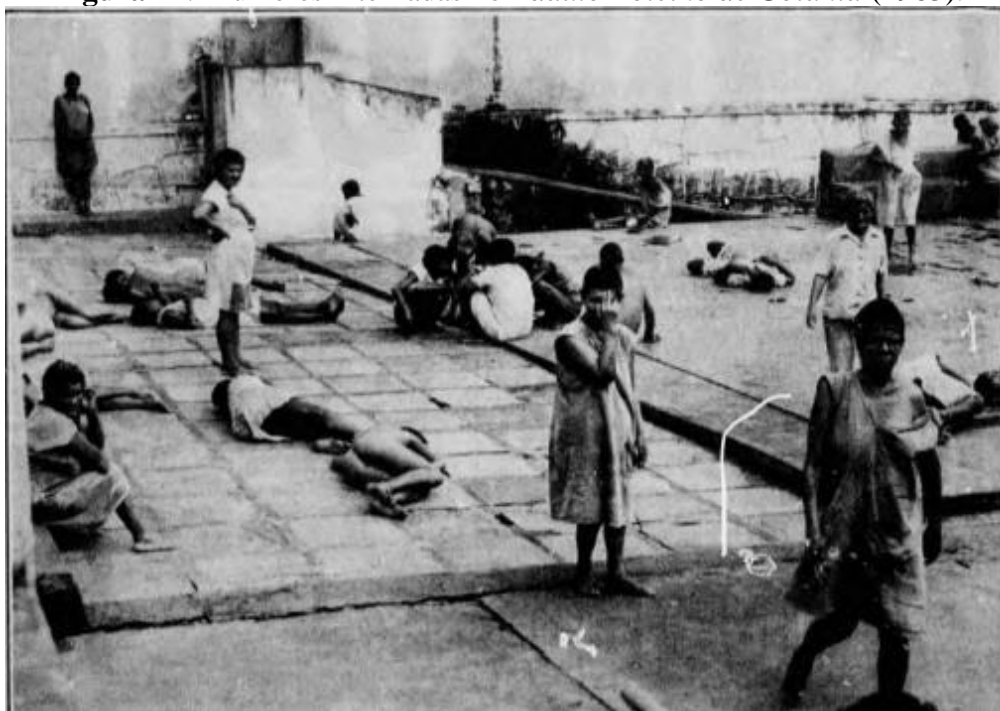
Figura 10: Homens internados no *Adauto Botelho de Goiânia* (1983).



Fonte: Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 5).

Como legenda da imagem, há os seguintes escritos: “Sem roupas, sem remédios, sem pessoal suficiente para cuidar deles, os internos do Adauto Botelho vivem na mais absoluta promiscuidade” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 5). Na própria legenda há o realce de um sentido moral, não somente pela falta de remédios, roupas e atendimento, mas, pelo fato de que, sem roupas, eles se entregariam à promiscuidade. A imagem dos homens nus e aglutinados tenta reforçar essa imagem. Se nesta primeira imagem temos uma foto do pavilhão onde os homens estavam internados, a sequência da matéria traz uma outra imagem, agora destacando o pavilhão das mulheres.

Figura 11: Mulheres internadas no *Adauto Botelho de Goiânia* (1983).



Fonte: Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6).

Se na imagem dos homens a questão destacada foi uma premissa moral, a promiscuidade, no caso da imagem das mulheres, há a retomada de uma questão que seria considerada como um dos grandes problemas no tratamento dos internados, a ociosidade. A legenda é a seguinte: “O principal problema dos pacientes do Adauto é a falta de ocupação” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). Na imagem observa-se algumas mulheres deitadas no chão, algumas sem roupas, outras vestidas, outras de pé ou sentadas.

A sequência do documento de espionagem traz uma reportagem de Celso Becca, a qual é intitulada: “Adauto não consegue conter os violentos: a solução um manicômio judiciário” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). Essa reportagem traz uma entrevista comentada com o então diretor da instituição, Abrão Marcos da Silva, que comenta criticamente as condições da instituição e as imposições do judiciário. Celso Becca apresenta o contexto: “O paciente Israel Mariano Gertrudes morreu por causa da falta de um manicômio judiciário em Goiás. Essa conclusão do diretor técnico do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). Abrindo as aspas para o então diretor, que faz a seguinte observação sobre o nosocômio: “um doente grave que ainda se tenta manter vivo” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). Essa descrição corrobora com as vastas observações já levantadas nesta tese segundo as quais a instituição também estava doente, cronificada.

O que estava em questão não era só esse aspecto, mas, sim a internação de loucos infratores, condição que a instituição também não conseguia atender. “Segundo Abrão, o Aداuto Botelho não é lugar para se colocar criminosos. Mas, Ademir Barros dos Santos, que matou Israel, com uma paulada na cabeça, anteontem, teve que ser admitido para internação devido a uma ordem judicial” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). É justamente aqui que começa a crítica ao Poder Judiciário, pois, o diretor entende que o manicômio não seria uma cadeia e nem uma instituição para loucos infratores:

“O problema não se resume a isso – diz Abrão. O Judiciário nos impõe a emissão de cerca de 15 laudos psiquiátricos por mês (como aconteceu em agosto), quando a capacidade normal de conclusão parcial é de quatro a cinco, mensalmente. Nosso pessoal só tem condições de cuidar de doentes calmos. Há carência de pessoal. Todo o hospital necessita urgentemente de uma reforma global. Não há remédios, pois a Central de Medicamentos não atendeu os últimos pedidos feitos pela direção, e a OSEGO não [tem] dinheiro para comprar o que necessitamos, via IQUEGO. O Aداuto Botelho é, atualmente, um misto de asilo e hospital, ondem vivem nada menos de que 456 internos, dos quais, cerca de seis de altíssima periculosidade que se tornam líderes por sua natural agressividade”, conclui (Propaganda Adversa em Goiânia, 18/01/1984, p. 6).

Na fala do diretor técnico observa-se uma série de questões, como o número de pessoas internadas, bem como a falta de insumos e de pessoal. No mesmo sentido destaca que o manicômio seria um lugar para lidar com pacientes calmos. Diante das condições, a instituição viveria uma dualidade, de ser ao mesmo tempo asilo e hospital, em função das condições às quais estava submetido. Em seguida, são destacadas novamente caracterizações sobre o que seria a instituição e qual o seu papel na gestão dos pobres. “O Hospital Psiquiátrico Aداuto Botelho é um autêntico depósito, onde são internados os doentes mentais pobres e rejeitados pela sociedade” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). A instituição era utilizada como um meio para limpar a cidade, higienizar, tirar das ruas não somente os loucos, mas todos os tipos considerados marginais. A fala do diretor reitera a posição do jornalista: “Aqui ficam os miseráveis – diz Abrão Marcos – enquanto os de nível social mais elevado (e muitas vezes não menos perigosos) vão para as clínicas particulares” (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6). O ponto de destaque é justamente a imposição que era feita ao manicômio público:

E o diretor evidencia a diferença entre o hospital e as clínicas: “Nós somos obrigados, por imposição judicial, a aceitar em meio a pacientes pacíficos, criminosos da mais alta periculosidade e que são tirados das prisões como que na tentativa de afastar um problema, transferindo-o para o nosso hospital. Agravando a situação, toda a estrutura do Aداuto Botelho é inadequada, mesmo que se supondo a transformação em manicômio judiciário. Este, segundo Abrão, deveria conter, necessariamente, pessoal

especializado no trato com doentes considerados perigosos, além de possuir uma estrutura física que permitisse, de qualquer forma, a reprofissionalização e reintegração do internado (Propaganda Adversa em Goiânia (18/01/1984, p. 6).

Nesse cenário, ao apresentar as condições da instituição, a falta de pessoa e condições estruturais do manicômio e paralelamente sublinhar a maneira como o judiciário agia no envio de pacientes perigosos, o recorte do jornal é considerado pelos signatários da ditadura como propaganda adversa, contrária ao regime repressor e contrário às instituições. Ainda assim, é preciso destacar que uma das posições centrais da crítica do diretor técnico é a condição de asilo e a necessidade de reintegrar as pessoas à sociedade, de dar condições para a sua reintegração, especialmente porque eram em sua maioria pessoas pobres.

Diante desse cenário, uma das questões que começaram a ser colocadas no contexto do *Adauto Botelho de Goiânia*, ainda sob a Ditadura Militar, foi justamente estabelecer estratégias para encaminhar os pacientes para seus estados, cidades e casas. Em um desses documentos, o Documento de Estágio em Psicologia desenvolvido na Enfermaria Henrique Roxo, sob o nome *Reintegração do indivíduo a si próprio e à sociedade* há a exposição de uma das principais ações que ocorreram na década de 1980 nessa instituição: a tentativa de reintegrar os indivíduos à vida social. O documento destaca que não bastava simplesmente tentar reproduzir na instituição formas de trabalho ou de distração. O principal e mais fundamental seria justamente inserir as pessoas à realidade.

Nesse mesmo documento, observa-se que a maioria das pessoas não era simplesmente doente, como vimos destacando reiteradamente. “Nossos internos são seres estigmatizados, na maioria das vezes, como doentes mentais. Contudo, a experiência nos mostra que, na realidade, são símbolos da própria degradação a que são submetidos os setores marginalizados da população” (Reintegração, 1984, p. 2). Nesses termos, não estamos falando simplesmente de pessoas que estariam internadas em função de uma questão de saúde e sim em função de uma questão moral e de classe, essas pessoas eram, em geral, “[...] membros da classe miserável, impossibilitados de enfrentarem sozinhos as adversidades que esta sociedade lhe impõe” (Reintegração, 1984, p. 2). O documento reitera essa percepção, relacionando-a com a sociedade e o modo como há uma determinada epistemologia, uma forma de ver as coisas que não são naturais e sim social e culturalmente construídas. “São as vítimas de um modelo econômico-social falido, de um processo selvagem-capitalista que massacra seres produtivos, que expulsa lavradores da terra, alunos das escolas, filhos de suas casas porque estes representam ‘uma boca a mais e um braço a menos’” (Reintegração, 1984, p. 2). E reitera:

São sobretudo o produto de uma metodologia hospitalar inadequada, de um modelo psiquiátrico que não deu certo e de uma psicologia que ainda não encontrou seus caminhos. E são ainda vítimas de um País que não se preocupa com a saúde mental. Violentados pelo modelo econômico e por uma realidade social que os rejeita, o indivíduo passa a ter menos opções. Isso faz com que a forma adaptativa mais comum seja a de aceitar a proposta do meio e começar a comportar-se como um louco, ou seja, a cumprir as expectativas da sociedade, muitas vezes tornando-se bode expiatório da miséria e da psicopatologia familiar (Reintegração, 1984, p. 2).

No projeto, como em praticamente todos do período, havia uma concepção que não desvincula as condições psicológicas das condições econômicas e sociais que os indivíduos estavam submetidos. Para enfrentar o quadro de sofrimento mental, parece que seria necessário enfrentar as condições que tornavam as pessoas miseráveis. Uma das evidências da tentativa de superar um modelo biologicista, que observa a função da instituição manicômio no seu contexto, considerando também aspectos econômicos e culturais, é também uma matéria de jornal. Dois anos depois da escritura desse projeto, uma das pessoas responsáveis pela instituição, destacou e reforçou o lugar do manicômio no governo das populações marginalizadas.

Pobres, não loucos

Cerca de 60 por cento dos 200 pacientes internados no Hospital Adauto Botelho, para tratamento psiquiátrico, do governo de Goiás, não são loucos, mas pessoas abandonadas ou pobres que já tiveram alta há muito tempo. Assim, a coordenadora da Sanidade Mental do hospital, Vera Moraes, sintetiza como vivem os internos da entidade. Segundo ela, o quadro não é exclusivo de Goiás, mas de quase todos os hospitais psiquiátricos do País e principal entrave à recuperação dos pacientes. Adiantou a coordenadora, que atualmente muitos dos leitos são ocupados por alcoólatras, internados através do Pronto Socorro Psiquiátrico. Para Vera Moraes, a maior doença dos internos do Adauto Botelho é a pobreza (Correio Braziliense, 03/09/1986, p. 12).

Considerando o contexto em que se inscreve essa fala, considerando as fontes que analisamos até aqui, não parece exagero Vera Moraes avaliar que, não só o momento em que se situa, mas sim toda a história e toda a organização da instituição teriam um papel fundamental na limpeza das ruas, controlando as populações mais vulneráveis. Não se restringia ao desenvolvimento de terapias, do desenvolvimento de técnicas para a melhoria das condições de vida dos internados. Embora isso também possa ter sido feito em algum momento, a função da instituição era de higiene social. Pode-se observar que entre outros papéis, um dos principais, do *Adauto Botelho de Goiânia*, teria sido o de combater a existência das pessoas pobres nas ruas, de executar sua função na política de limpeza dos espaços e vias públicas. Esse papel foi fundamental quando de sua inauguração, e passados mais de 30 anos de existência ainda não

teria sido superado, pois, essa seria mesmo a sua função, de uma instituição que tivesse como objetivo uma dupla função: disciplinar e biopolítica.

É justamente nessa perspectiva que se pode ainda pensar na instituição como um dispositivo biopolítico, um dispositivo de controle da população, principalmente a população pobre e desviante. Um dos princípios dos movimentos eugenista, sanitarista e higienista brasileiros mais tradicionais era justamente a relação entre os negros, os pobres e a loucura. O que de certa maneira parece ter sido a tônica do nosocômio goiano mesmo após décadas de sua inauguração. Em entrevista a Vera Lúcia Cardoso, uma ex-coordenadora da Saúde Mental, da Secretaria de Estado da Saúde na segunda metade da década de 1980, ela destacou a seguinte caracterização de quais eram os grupos que eram comumente encaminhados ao manicômio:

Na época, antes de eu vir para Goiânia, nas discussões ainda lá em São Paulo, com o movimento de luta antimanicomial que estava se mobilizando, já estava bem forte, eu lembro que, eu acho que o Adauto era igual. Eu lembro que a discussão era assim: que a população psiquiatrizada era três P's: pobre, preto e psiquiatrizado. Então era isso, você via que eram pessoas pobres, via-se que eram pessoas excluídas, você via que eram pessoas que por algum motivo incomodaram ou a família ou a sociedade e foram colocadas lá. Sem diagnóstico claro (Cardoso, 2023, p. 10).

Essa caracterização narrada em forma de denúncia pela entrevistada, explicita qual era uma das funções da instituição manicomial não só em Goiás, mas em todo o Brasil, qual seja, tirar das ruas os indesejados, aqueles que causavam algum aparente transtorno seja para família, seja para a sociedade. E o detalhe é que nem sequer havia a preocupação com um diagnóstico. Tratou-se, então, por um lado, de uma ação disciplinar no sentido de coordenar e até descrever quais os pobres poderiam ou não exercer esses papéis, quais seriam os pobres-loucos mais aceitáveis, definir seus papéis no interior do próprio asilo. E por outro lado, de um mecanismo biopolítico no sentido de governo mesmo da vida, governo e gestão das populações, mostrando quem deve ser levado para as instituições e quem deve ficar de fora.

Essa síntese mostra que a situação da instituição continuava sendo complexa e de muito abandono. Aquele era uma instituição que não era como um lugar fora do mundo, ao contrário, era o espelho do mundo, para retomar a aplicação da metáfora tão bem-feita por Cunha (2022). Se a sociedade era o lugar onde se excluía, se classificava, se matava, impunha sofrimento, o manicômio representava justamente esse processo de racionalização, cujo representante e legitimador era o saber psiquiátrico.

Ora, como se pode observar, no período da Ditadura Empresarial Militar as condições do *Adauto Botelho de Goiânia* foram agravadas, de modo que, as contestações ao formato manicomial se intensificaram. É efetivamente sobre o aprofundamento dessas contestações,

sobre o modo como elas impactaram nos rumos da instituição, que o capítulo seguinte se debruçará, pois, o que está em jogo é justamente compreender que, em alguns casos, desvelar os fatos históricos ocultados e pouco explorados, não é somente a função acadêmica do pesquisador, mas, é principalmente, uma questão ética. O que estava ocorrendo na instituição para que todas essas medidas fossem tomadas, fossem efetivadas? Uma parte dessa história já foi narrada por Barreto (2018) que tenta mostrar o contexto das famílias, mas há outros detalhes que são importantes e precisam ser demarcados. É o que mostraremos a seguir.

CAPÍTULO 5

ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA: PROPOSTAS, REFORMAS, E A DESATIVAÇÃO/DEMOLIÇÃO

Toda a trajetória do Hospital Psiquiátrico *Adauto Botelho de Goiânia* configura-se como um conjunto de contradições e ambiguidades. Seja na relação com a pobreza, seja ainda no contexto da relação familiar, seja ainda pela sua própria condição histórica em um país de capitalismo dependente, atravessado, desde o final da década de 1980, pelo conjunto da racionalidade neoliberal. É ainda no centro dessas contradições, muitas delas eufemizadas, outras radicalizadas, que a última década de existência da instituição é balizada. Se por um lado, nos últimos anos da Ditadura Militar foram expostos a existência de muitos problemas, esse quadro geral possibilitou também que as pessoas se mobilizassem em busca de amenizar os inúmeros e constantes problemas enfrentados pela instituição.

Nesse último capítulo construímos uma problematização geral tanto das propostas de melhoria da instituição quanto também da reviravolta que levou à desativação e demolição do prédio. No primeiro ponto, discutimos as contradições e os limites das propostas que tinham como finalidade humanizar a instituição, mitigar o sofrimento tanto das pessoas internadas quanto também dos servidores que atuavam no manicômio goiano. Destacamos principalmente as propostas de mudança surgidas no contexto do grupo SOS Adauto Botelho, criado em 1983. A partir desse coletivo muitas propostas de transformação no espaço asilar passaram a fazer parte do dia a dia da instituição, tendo como objetivo fundamental a construção da relação entre as famílias e as pessoas internadas. Mais ainda, tentava-se transformar o asilo, o manicômio em um hospital.

Essas propostas foram consolidadas a partir do ano de 1987, quando a coordenação de saúde mental do Estado implantou uma série de atividades vinculadas às práticas terapêuticas mais dinâmicas, como a dança, a música e a pintura. Esse lampejo provavelmente tenha sido a única vez que o *Adauto Botelho de Goiânia* teria sofrido concretamente mudanças sérias na sua configuração, o que culminou, por exemplo, na construção do Hospital-Dia, em 1987, também no complexo manicomial. Mas, essa fase foi efêmera. Já no início dos anos 1990 a instituição volta ao estágio anterior, ou seja, uma gestão ao estilo manicomial.

Foi a partir desses movimentos que a derrocada da instituição novamente se instalou, dessa vez, como muito mais força. A instituição começou a ser duramente criticada tanto pela sociedade como pelos órgãos públicos, quanto também pelas pessoas envolvidas nos serviços.

Paralelamente às críticas, começaram a surgir os rumores de desativação da instituição bem como a venda do terreno. O conjunto de críticas feitas pelas pessoas foi cooptada, sendo utilizada para justificar tanto a desativação, quanto a futura demolição da instituição, tendo em vista o avanço da especulação imobiliária no contexto de maior inserção do modelo neoliberal no Brasil. Assim, marca esse evento a fala do então governador Maguito Vilela, em 1997, segundo o qual as instalações no nosocômio não serviriam nem para a pocilga.

5.1 Propostas de reformas: transformar o asilo em hospital

Como vimos, as condições estruturais, a pobreza, o abandono e o processo de cronificação do *Adauto Botelho de Goiânia* foram apresentadas praticamente desde os primeiros dias de sua inauguração. Como vimos na parte final do capítulo anterior, especialmente na década de 1980, a instituição passou a ser alvo de investigações, de matérias de jornais e mesmo de forte pressão de outros setores da sociedade. Suas condições sanitárias foram expostas, foi literalmente chamado de asilo, de manicômio, de campo de concentração. Para solucionar essa condição, foram propostas o fechamento da instituição e até mesmo a venda do terreno para a construção de uma outra instituição. Não obstante a esses aspectos, foi justamente nesta década que a instituição começou efetivamente a ser aberta para outros profissionais e para a sociedade.

Foi nesse contexto tanto de contestação quanto de tentativa de mudar a instituição que, na década de 1980, surgiu aquele que se pode dizer ser o primeiro movimento de contestação do *Adauto Botelho de Goiânia*, como espaço asilar, o chamado S.O.S Adauto Botelho. Um dos primeiros documentos que se tem acesso sobre esse movimento, consta no arquivo com o seguinte nome: *Movimento Alternativo ao Adauto*. Esse documento está escrito à caneta, e no canto direito da primeira folha há a seguinte inscrição: “agosto de 83 (Me rendo à loucura de me considerar louco para tal)” (Movimento Alternativo, 1983, p. 1). Logo abaixo do título, também à caneta consta a inscrição a seguir: “Adauto – uma realidade que precisa ser mudada” (Movimento Alternativo, 1983, p. 1).

Se por um lado, neste momento da história, os governantes, ao que parece, não levavam a cabo processo de mudança efetiva em relação à instituição, as pessoas mais diretamente envolvidas já agiam para propor e tentar produzir mudanças que pudessem efetivar a transformação da instituição, em uma instituição que pudesse tomar outros rumos. Todo o documento tem como finalidade a criação de estratégias que resultem na inserção dos indivíduos à vida social e a transformação do Asilo em um Hospital. No primeiro dos 19 itens

desse documento há o seguinte apontamento: “1) Aplicação de psicodiagnóstico, evitando assim a internação de oligofrênicos, epiléuticos, dementes senis, esquizofrênicos residuais, problemas sociais, ou seja, pacientes em estado terminal, objetivando medidas para a reinserção do paciente em seu próprio meio social” (Movimento Alternativo, 1983, p. 1). Neste item observa-se que se buscava a aplicação de uma nova forma de diagnosticar e evitar novas internações, bem como a observação dos pacientes que tinham condições de deixar a internação. Essa forma seria o chamado psicodiagnóstico, que consiste em avaliar, do ponto de vista psicológico, os comportamentos e condutas dos pacientes.

Os itens seguintes apontavam para uma busca de maior integração entre os internados, as famílias e os servidores que os atendiam:

2) Criação e operacionalização gradual de um sistema de terapia comportamental através das fichas-vale; 3) Reuniões e visitas familiares com intuito de detectar a realidade psicossocial do paciente como subsídio para abordagem terapêutica individual e da família em questão; 4) Reuniões semanais com grupos operativos (ver Biografia de um Comunidade Terapêutica). Visando a participação direta dos pacientes na gerência hospitalar (Movimento Alternativo, 1983, p. 1).

Observa-se, dessa maneira, a preocupação com uma interação mais sistemática quanto ao reconhecimento não só da vida do paciente, mas de todo o seu contexto, entre os quais se destacava o reconhecimento das condições da família. No item 4, nota-se a iniciativa de estabelecer, por assim dizer, democratização e descentralização, incentivando a participação mais direta dos pacientes na organização hospitalar. E os itens 5 e 6 apresentavam a necessidade de criação de novas formas de terapia a partir de formas mais ativas e dinâmicas, mesmo aquelas que, são, do ponto de vista teórico, alvos de crítica:

5) Criação de grupos responsáveis por determinados setores na Comunidade Hospitalar como: Horticultura e Jardinagem, música, artes plásticas, atividades culturais, religiosas, higiene corporal [à caneta: e ambiental], limpeza e conservação, esportes, teatro terapêutico, e outros conforme as próprias necessidades dos pacientes; 6) Ativação de setores de laborterapia¹¹² como: Marcenaria, olaria, hortaliça, jardinagem, lavoura, modelagem em barro, pintura, tecelagem e costura, fiação, etc... (Movimento Alternativo, 1983, p. 1).

As terapias baseadas em atividades mais dinâmicas e ativas são consideradas formas de amenizar a monotonia da instituição manicomial, contudo, ainda há muitas problematizações quando se trata da laborterapia no que concerne a determinadas formas de trabalho mais

¹¹² No documento consta laborterapia, com e, o que identificamos como um erro de digitação.

extenuantes. Sobre a laborterapia, por mais que muitos profissionais entendam como uma prática viável, Cunha (2022 [1986]) faz uma problematização:

No início do século XX, as perspectivas mais recentes no campo do alienismo ainda definiam o trabalho como importante meio terapêutico. O objetivo das técnicas da laborterapia, expresso nos tratados e obras específicas dos grandes psiquiatras do período, estava voltado para a recuperação do alienado, visando sua reintegração ao mercado de trabalho. Segundo os princípios do alienismo, o trabalho deve ser prescrito com bastante precisão, na fase da convalescença e distinto em sua aplicação, dependendo da natureza da doença, de sua evolução, da categoria social do paciente e da sua história individual, constituindo, portanto, uma forma de terapia extremamente individualizada visando à reintegração social (Cunha, 2022, p. 117).

Assim sendo, a reflexão de Cunha se relaciona de maneira muito sistemática com o item 7 do documento, que prevê a “Criação de medidas que visem a readaptação social do paciente e reabilitação pelo trabalho dirigido para novamente colocá-lo como condição de indivíduo produtivo em seu próprio contexto social” (Movimento Alternativo, 1983, p. 1). A laborterapia ou terapia por meio do trabalho não mudou os fundamentos que apresentavam no início do século: tentar inserir os internados no mundo do trabalho, tornar o indivíduo um sujeito produtivo. O item 18 retoma essa questão, embora destacando que tudo que fosse produzido pelo trabalho dos internos deveria ser revestido para melhoramento dos serviços: “18) Concretização a exposição e/ou comercialização de trabalho e atividades dos próprios internos com renda revertida em benefício destes próprios serviços de readaptação e reabilitação” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2).

Embora fosse uma sugestão recorrente, a laborterapia, nesse contexto, estava também sob suspeita. Nesse editorial, de meados da década de 1980, há uma contestação intensa sobre essas propostas:

Anuncia o Secretário da Saúde a criação, em Goiás, de uma colônia agrícola para doentes mentais, onde se “praticará experiências de terapia ocupacional”. Informa ainda que o primeiro passo nesse sentido já vem programado por departamento competente da Organização de Saúde do Estado, cuja ideia inicial é a utilização de pacientes do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho na manutenção de plantações comunitárias de hortaliças nos arredores de Goiânia. É altamente discutível, sobretudo sob o ponto de vista médico, o projeto dado ao conhecimento público pelo secretário Ronei Ribeiro. Há muita discussão entre os profissionais da medicina psiquiátrica acerca da aplicabilidade de terapias ocupacionais no tratamento das doenças mentais. Certamente, a questão se torna ainda mais polêmica quando quem entabula métodos terapêuticos de tal ordem é o Poder Público, conhecidas que são as deficiências estruturais do setor especializado. Sabe-se, e testemunhos médicos existem em profusão, que experiências de terapia ocupacional em pacientes portadores de enfermidades cerebrais, na hipótese de mal administradas, geram efeitos gravíssimos no doente, complicando-se de modo perigoso o seu quadro clínico e mesmo inviabilizando qualquer possibilidade de recuperação. Se falta ao paciente condições de aprovar ou não os meios propostos ao seu tratamento, principalmente em se

tratando dos internos do Hospital Adauto Botelho, os quais, em sua maioria, nem sequer possuem família, soa como injustificável que se lhes imponha o destino das cobaias. Sob pena de incorrer na repetição do flagelo dos campos de concentração idealizados e postos em funcionamento pela fúria anti-semita de Adolf Hitler, deve o Governo do Estado, através do seu secretário da Saúde, colocar o assunto ao debate, chamando para dele participar toda a comunidade, me especial a Associação Médica e o Sindicato dos Médicos de Goiás. Pois, além das objeções de conteúdo psiquiátrico, surgem desconfianças sobre o verdadeiro objetivo da iniciativa. Entre outras, de igual peso, levante-se a dúvida de que, sob o manto de interesses filantrópicos, o projeto teria sido inventado para explorar mão-de-obra dos doentes mentais, de modo gratuito e camuflado. Não pode esta administração do Estado persistir na exclusão da salutar prática do debate popular diante das suas gestões executivas. *Agora mesmo, assiste-se a uma desgastante celeuma em torno da implantação de um programa médico-assistencial cuja principal finalidade, segundo denunciam inúmeros organismo da sociedade civil, é o estabelecimento da política de controle de natalidade junto a segmentos populacionais de baixo poder aquisitivo.* Insistem esses organismos em discutir, com bases em informações oficiais confiáveis, as metas em que se fundamenta o programa, mas acabam por esbarrar na intransigência da Secretaria da Saúde, que se esmera em articular argumentações vazias e obscuras em seu favor. Nesse ritmo, ou seja, restringido o direito à procriação e criando campos de concentração para os loucos, inclusive com obrigação ao trabalho forçado, logo teremos, entre nós, a reedição do inferno nazi-fascista, que marcou o espírito da nossa época com aterradoras inovações científicas. É só aguardar (Editorias. Doentes Mentais, 1983, p. 1).

Desse modo, não se pode perder de vista que este documento está atravessado por uma forte crítica ao jeito como esse projeto poderia operar, dado que a exploração das pessoas mais vulneráveis do Brasil ainda hoje ocorre. Veja ainda que o editorial aborda não só questões históricas, mas ainda uma análise do seu tempo presente, que é justamente como a ditadura militar estava esterilizando mulheres por todo o Brasil sob a justificativa de ajudar no controle familiar sob a lógica do controle de natalidade. Como vimos no capítulo 4 desta tese, no programa de esterilização tocado pela Ditadura Militar, sob a falsa justificativa de controle familiar, o principal público atingido foram as mulheres pobres e pretas em idade reprodutiva. Goiás foi o segundo estado com maior número de mulheres esterilizadas, ou melhor 74,7% delas.

Como se pode observar, a instituição não foi, neste editorial, analisada deslocada das condições sociais do país. Por isso, muitas propostas eram vistas com tanta desconfiança. Se por um lado essas propostas estavam acompanhadas de uma possibilidade de uma relação mais aberta entre a instituição e a sociedade, por outro, tais propostas mostram que a instituição enfrentava inúmeros problemas, a ponto de se pensar em um autofinanciamento, isto é, o dinheiro da criação dos internos seria revertido para as ações da instituição.

Dá a importância de se tentar produzir um processo de conscientização da sociedade. Nesse sentido, o item 8 sublinha a questão: “8) Permanente campanha de divulgação e esclarecimento da comunidade (Psicologia Social) com referência a saúde e a doença mental,

criando meios, abrindo canais para que a sociedade assuma esses problemas como seus e lute para resolvê-los” (Movimento Alternativo, 1983, p. 1). Esse item é particularmente curioso, dado que, além de refletir sobre uma nova forma de comunicação, não se tratava pura e simplesmente de uma comunicação desinteressada. Ao contrário, tratava-se de uma comunicação que fosse capaz de produzir um efeito de reconhecimento dos problemas como sendo não só individuais, mas de todas as pessoas. Acompanhando essa nova configuração comunicacional, estabelecia-se também o projeto de descentralizar o processo terapêutico baseado não mais no centralismo do asilo bem como na superação da lógica de internação. Para isso seria preciso criar

9) [...] um projeto-piloto de hospitalização parcial, no qual famílias e pacientes em condições psicossociológicas de se enquadrarem nestes moldes terapêuticos permaneceriam no hospital apenas o período necessário para as atividades praxiterápicas, psicoterápicas, gimnotepicas, reabilitação, psicomotricidade etc..., voltando em seguida ao seu meio social original. [...] 13) desmembramento do item 9, que ficariam entregues a grupos mistos de trabalhadores e pacientes: exemplo: Os esportes ficariam a cargo de alguém capacitado, que em conjunto com os pacientes promoveria com estes ginásticas, torneios e jogos de futebol, peteca, corridas, etc. (Movimento Alternativo, 1983, p. 1 e 2, *grifo no original*).

Esse movimento apontou não somente para mudanças internas no manicômio, tratou-se de uma proposta que teria como finalidade a reorganização da rede de saúde mental, descentralizando as ações, de maneira que o encaminhamento ao asilo ocorresse somente em casos extremos. Os itens 10 e 11 apresentam as linhas gerais do que se projetava: “10) Trabalhar no sentido de reativar o PISAM¹¹³ (Programa Integrado de Saúde Mental) que visa atender o paciente em seu ponto de origem” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2). Tratou-se de pensar também na formação das pessoas que estavam lidando diretamente com os pacientes, por isso, o item 10 registra a seguinte observação: “Na medida do possível auxiliar na formação do pessoal técnico que irá lidar com *pacientes comportamentalmente desviados*, favorecendo assim a implantação do projeto” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2, *grifo meu*). Nessa parte da formação o documento deixa escapar qual é o verdadeiro objeto da psiquiatria, o comportamento desviante, ou seja, uma questão moral. Retomando o eixo da descentralização, o item 11 aprofunda o que seria necessário para que o atendimento se deslocasse do manicômio:

¹¹³ O PISAM foi apresentado inicialmente na 6ª Conferência Nacional de Saúde, em 1977. A responsável por fazer a apresentação dessa proposta foi Josicelli Freitas, da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Além de fazer um panorama geral da situação da saúde mental no país, as bases gerais do PISAM são apresentadas. O objetivo central desse plano era: “[...] criar as bases experimentais para a implantação de um sistema de saúde mental racionalizado, integrado ao sistema básico de saúde com ênfase na atenção extra-hospitalar, atuando em níveis de prevenção primário e sobretudo secundária, com a participação da família e da comunidade” (Freitas, 1977, p. 221).

“11) Ter como meta o atendimento setorial da comunidade na área metropolitana de Goiânia. (criação de postos ou núcleos periféricos de atendimento psicológico: Psicoterapia, psicologia da criança, etc.” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2). Como se pode observar, não se tratava apenas de uma reorganização interna. Uma suposta reestruturação do *Adauto Botelho de Goiânia* exigiria muito mais, isto é, exigiria uma transformação em toda a rede de atendimento em saúde mental de Goiânia e do Estado.

Essa questão da amplitude do projeto é tão explícita que, apenas em dois momentos se falou mais sistematicamente de mudanças no interior do manicômio. No item 12, temos a seguinte observação sobre como modificar a estrutura interna: “Estudar no sentido de se redistribuir o espaço hospitalar, com modificações em sua funcionalidade no intuito de se reduzir o ‘aspecto carcerário’ do Hospital, induzindo assim um maior contato dos integrantes da unidade” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2). Duas questões são básicas neste item. A primeira que reconheceu o aspecto de cárcere que constituía o asilo, uma das marcas históricas da instituição. O segundo aspecto está relacionado com uma certa falta de integração tanto dos pacientes quanto dos profissionais, que era afetada também pelo espaço. A transformação no espaço de certa maneira poderia amenizar essa condição prisional que atravessava também os profissionais. O item 19 destaca como o espaço foi construindo uma certa subjetividade endurecida nas pessoas:

Melhorar o nível técnico-operacional do corpo hospitalar (funcionários, enfermeiros, faxineiros, etc...) a quem muito se deve a recuperação ou a cronificação estigmatizante do interno. Tal atividade se faz mais presente quando detectamos a completa desinformação do corpo hospitalar pela psicologia do interno” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2).

Nesses dois itens observa-se que há, como em todo documento, a apresentação dos problemas por meio do que seria a solução. No que tange ao item 19, aparece em questão como o espaço asilar deveria ser transformado, tanto do ponto de vista da estrutura, quanto também da relação das pessoas com as outras. O foco na busca de formação das pessoas de todos os setores aponta isso. A melhoria ou a piora no quadro dos internos não dependeria somente da figura médica, mas de todas as pessoas que compunham o corpo de servidores. Para ser um espaço menos carcerário e menos cronificado essas pessoas também precisariam superar essa condição. Pois, tratava-se de uma espécie de dobra, ou seja, ao mesmo tempo em que o manicômio cronificava os pacientes, cronificava os profissionais, e esses cronificavam os pacientes. Há, para adaptar um conceito nietzschiano, um eterno retorno (Nietzsche, 2012) do processo de cronificação. Esse processo de cronificação foi descrito também por Vera Lúcia

Cardoso, Terapeuta ocupacional, ex-diretora do Departamento de Saúde Mental, no final da década de 1980. Segundo Vera Lúcia, constituía-se de uma cronificação geral, estrutural: “*O hospital Aduino Botelho era uma representação do que há de pior em termos de Hospital Psiquiátrico antigo. Ociosidade total, não tinha nada para fazer, aquela situação crônica. Pessoas lá, internadas há 20 Anos, 30 anos, uma cronicidade total*” (Cardoso, 2023, p. 4). No contexto desse processo pode-se observar que eram muitos os motivos da internação prolongada e a permanência no asilo, mesmo a pessoa podendo ser liberada:

Eram muitas pessoas cronificadas, a possibilidade de alta muito remota; pessoas que haviam perdido totalmente os vínculos familiares; você vê que eram pessoas cronificadas que já não tinha, a maioria não tinha mais justificativa para estar lá. Mas, não tinham para onde ir. Porque ficaram lá muitos anos, abandonados, cronificaram lá e perderam vínculo social (Cardoso, 2023, p. 4).

Além da cronificação dos pacientes, a ex-diretora observa que se tratava da cronificação dos espaços, dos médicos, dos outros funcionários, enfim, todos no *Aduino Botelho de Goiânia* eram cronificados:

Porque mexer com psiquiatra, com médico não é fácil, ainda mais médicos também cronificados dentro do sistema. Eles também eram cronificados dentro de um sistema crônico. [...] Então era assim, um sistema cronificado em todos os sentidos e mexer com essa cronificação estrutural, institucional era muito difícil (Cardoso, 2023, p. 13).

Os itens de 14 a 17 tratam de outros aspectos da transformação da rede de atenção em saúde mental, tendo como base justamente essa inserção do paciente à sociedade, bem como o acompanhamento dos que já estivessem em processo de inserção social. Portanto, o foco era tirar as pessoas da instituição manicomial. O item 14 diz: “Viabilizar a reintegração social do paciente o mais rápido possível, evitando-se que este viva em uma estrutura segregada, minimizando assim o fenômeno da estigmatização” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2). Novamente, neste contexto, a saída do manicômio é vista como uma condição necessária, dado que o manicômio preconizava a segregação, o apartamento social, o declínio do sujeito, bem como era um elemento da produção do estigma. Superar os muros da instituição seria o caminho para mitigar as condições do cárcere. “Para isto necessárias são medidas que se introduzam ou se ‘extrodizam’ da instituição para que esta, estruturalmente se assemelhe o máximo possível à comunidade extra-muros” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2). No documento fica reconhecido que é preciso estabelecer uma conexão com a sociedade para que se possa constituir outra forma de pensar a instituição, para demonstrar isso criam até mesmo um

neologismo, *extraduzam*, que pode significar ao mesmo tempo que é preciso que experiências externas sejam estabelecidas ou mesmo que as pessoas possam frequentar outros espaços além dos muros do manicômio. O item 15 corrobora essa interpretação: “Realização de grupos de estudo para avaliação de casos individuais e estratégias amplas que visem detectar, criticar, cobrar e solucionar os problemas encontrados na instituição e fora dela, que digam respeito à saúde mental” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2).

No item 16, observa-se a percepção de que seria fundamental acompanhar os ex-internos, de modo que pudessem ter regularmente a presença dos profissionais da saúde para o auxílio durante a reintegração social. “Operacionalização de um serviço de atendimento misto domiciliar, visando o acompanhamento de ex-pacientes, detectando e minorando os entraves psicossociobiológicos que porventura impeçam a reinserção social do indivíduo” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2). Ainda tratando da questão da atenção aos ex-internos, o item 17 destaca que seria preciso a “Realização de entrevistas periódicas de ex-internos para avaliação psicossocial do contexto familiar. (a família ao contrário do item anterior procuraria a instituição)” (Movimento Alternativo, 1983, p. 2).

Os motivos da quantidade de ações a serem realizadas, ou melhor, propostas pelo movimento *S.O.S Adauto* podem ser lidos em um documento do movimento que apresenta um quadro sobre a situação da instituição durante o ano de 1983. O documento chamado: *S.O.S Adauto, agosto/83*, segue na linha do *Grupo Universitário – Trabalho Alternativo*. Logo nas primeiras linhas, há a apresentação, um histórico do grupo: “O grupo universitário *S.O.S Adauto* surgiu de um plenário realizado no auditório da UCG – Universidade Católica de Goiás, no dia 18/08/83 (sexta-feira, 20:30) após a realização de um Simpósio, 15 dias antes, sobre *Psiquiatria Alternativa*” (S.O.S Adauto, 1983, p. 1). Continua o parágrafo seguinte sublinhado uma observação geral sobre a entrada da instituição na pauta daquele dia, com o intuito de analisar a “[...] vida corriqueira do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, seus problemas anteriores e vigentes e as sérias dificuldades que vem enfrentando para desenvolver um funcionamento eficaz de acordo com suas reais necessidades como órgão de Saúde mental” (S.O.S Adauto, 1983, p. 1). O grupo entendia que a instituição não estava adequada àquela que seria uma atuação eficaz quanto a suas intervenções em Saúde mental. Contudo, no parágrafo seguinte, o documento mostra que não se tratava de uma instituição para fins terapêuticos e sim com finalidade de liberação e limpeza das ruas:

O fator financeiro veio seguido de uma série de deficiências na manutenção diária dos quase quinhentos (500) pacientes. Problemas estes, enfrentados pela atual direção a que entre outras coisas, somava-se o fato pernicioso de que o hospital funcionava mais

como um depósito de pessoas, um asilo onde seres humanos eram confinados à espera da morte. Que pessoas aqui internadas eram “irrecuperáveis” e que “devíamos” funcionar apenas como um local de “Saneamento Social” (S.O.S Adauto, 1983, p. 1).

O *Adauto Botelho de Goiânia* era considerado, como se pode observar, um local, ou melhor, um dispositivo de saneamento social. Por isso mesmo, à medida que os movimentos para a sua transformação tornavam-se públicos, muitas provocações surgiam na sociedade. De tal modo que, em 1984, o grupo participou de um congresso em Maceió, VII ENEP – Encontro Nacional de Psicologia, e foi considerado um dos movimentos mais promissores do país. “Havendo repercussão satisfatória do trabalho apresentado, os próprios estudantes das outras delegações ressaltaram Goiás (Goiânia) como representante modelo em Trabalhos Alternativos, na área de Saúde Mental” (Relatório VII ENEP, 03/04/1984, p. 1). Posteriormente foi sugerido para a direção da instituição fazer uma moção para detalhar o trabalho, o que consta no anexo do relatório, como se pode averiguar a seguir:

Atividades desenvolvidas no P.S.P – Adauto durante os meses de fevereiro e março pela assessora técnica Ana Vitória de Melo [...]: 01/02 a 03/02 e 07/03 a 30/03/84. Estudo de casos e acompanhamento (enfermaria e consultório) junto a psiquiatria, neurologia, serviço social e enfermagem; - Apoio psicológico e acompanhamento a pacientes internos com orientação à família; - Reunião de relacionamento, objetivando um trabalho coeso entre os diversos atuantes deste P.S.P (fase reivindicatória funcional onde ainda não se enfocou na base os problemas e dificuldades em lidar com o paciente psiquiátrico); Apoio e orientação individual a funcionário com dificuldades de ordem partícula; Elo entre pacientes internos alcoólatras e A.A.A (reuniões neste P.S.P) (Relatório VII ENEP, 03/04/1984, p. 1).

Assim sendo, as atividades desenvolvidas pelo grupo estavam ligadas tanto a orientação das famílias quanto da orientação e acolhimento dos servidores, dos profissionais que trabalhavam na instituição. Além disso, observa-se a possibilidade de uma orientação do modo como se organizava o espaço e se lidava com os pacientes. Diante da solicitação e da importância do grupo universitário, em setembro de 1984 a moção foi apresentada, já contando com uma espécie de ementa: “1) Atuação do estudante universitário em uma Instituição Psiquiátrica; 2) Atuação do SOS Adauto; 3) Aproveitamento e previsões futuras” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1). Nessa moção havia a concepção de que a abertura da instituição para a comunidade e para os estudantes poderia ser um catalisador de transformações e de conscientização em relação às condições da instituição e dos pacientes.

Vejamos detalhadamente a moção, em que se desenvolve os três itens da ementa. Inicialmente, há uma abordagem bem geral sobre a participação dos estudantes nas instituições psiquiátricas: “A atuação de estudantes universitários em hospitais psiquiátricos não é

novidade, tendo apresentado bons resultados, sobretudo no Rio de Janeiro” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1). Quanto a atuação no nosocômio goiano, havia basicamente três objetivos: “a) Possibilitar que a prática dentro da Instituição proporcione uma visão real do doente psiquiátrico, e de que forma lhe é dado atendimento” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1). A alínea seguinte dos objetivos, destaca a necessidade de mais pessoas conhecerem a instituição: “b) Permitir o livre acesso à instituição, de pessoas que sem terem para com ela vínculos administrativos (empregatício) possam levar até a comunidade o conhecimento de seus problemas (da instituição, sem estar sujeitos a qualquer tipo de pressão” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1). Pelo texto da moção, observa-se que há o interesse, pelo menos escrito, em que a instituição seja conhecida, para que a comunidade possa efetivamente interferir nas possíveis mudanças. “Vale nesse caso dizer que se espere formar uma porta de trânsito em duas mãos entre a comunidade e o hospital e, nesse caso, esses estudantes poderão ser fator de extrema importância” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1). O último objetivo é complementar aos demais: “c) Aproveitar o potencial contido nesses grupos esperando-se que a atitude de abertura propicie o engajamento de mais e mais pessoas na luta por melhores condições para o paciente psiquiátrico [...]” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1). Mas isso não se trata de uma ruptura, pois, se queria que as ações fossem equilibradas com o trabalho já existente, portanto, o desejo é que esse conjunto de ações “[...] traduza-se essa luta quer no respeito ao trabalho rotineiro, quer em termos de novas propostas” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 1-2).

O item dois da moção destaca o papel de certa liberdade do grupo, bem como certas limitações entendidas como comuns. Além disso, destaca-se que nem tudo poderia ser realizado, entre outras coisas porque os estudantes eram inexperientes.

O grupo SOS Adauto teve sua entrada permitida no Hospital Adauto Botelho em função sobretudo das considerações anteriores e pode desempenhar atividades com maior liberdade e provavelmente produtividade, de vez que não se acha limitada por cargas horárias regidas por funções curriculares, como é o caso dos grupamentos universitários conveniados. Ressalta-se, no entanto, que há limitações a essa liberdade pois as diversas atividades do grupo devem ser coordenadas em todos os momentos pelos setores competentes do hospital, dada sua compreensível inexperiência; isso não impede entretanto que haja discussões democráticas entre um e outro, sempre que situações duvidosas ou conflitantes aconteçam (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 2).

Não obstante as limitações convencionadas entre a instituição e os estagiários, a atuação do grupo afetava de maneira sistemática a instituição. Mesmo sob supervisão, a presença dessas pessoas que não eram nem funcionários nem internadas parece produzir tensões e mesmo saberes. Por isso mesmo, a moção destaca que os resultados, mesmo, que tímidos já poderiam ser vistos, no dia a dia da instituição, é o que ressalta o item 3: “Já se tornam visíveis os

resultados do aproveitamento dessa força de trabalho dentro da Instituição, haja vista sua participação efetiva em quase todos os setores onde havia espaços a serem ocupados” (Moção VII ENEP, 27/09/1984, p. 2). O documento continua destacando que tal percepção é de nível empírico, dado que não havia uma avaliação efetiva do trabalho. O documento reconhece ainda a necessidade de correção e ampliação do trabalho, além de salientar que nessa proposta, o objetivo é que tanto a instituição, os pacientes quanto os estudantes fossem beneficiados. O documento é finalizado prevendo a continuidade das ações, da filosofia do grupo para a instituição.

Ainda nessa seara, observa-se a existência de um certo movimento de democratização, dado que a presença dos estagiários e do grupo produzia, ainda que minimamente, alguma tensão. Essa tensão ocorria, geralmente, porque abria-se espaço para diminuir o poder médico. Argumentando sobre esse processo da criação do Grupo SOS Adauto, o ex-diretor da instituição destaca:

Então resolvemos abrir o hospital para visitas de estudantes de psicologia e de medicina. Nesse momento houve um seminário na Católica do qual participaram Fernando e eu e os estudantes criaram com nossa ajuda um movimento importante na luta pela transformação do asilo em hospital, o SOS Adauto Botelho. Fernando, professor da Católica e eu, naquele momento, professor substituto, da universidade federal (Silva, 2022, p. 4).

A participação de dois médicos, mais especificamente do Dr. Abrão Marcos, foi decisiva na criação do Grupo, o que contribuiu efetivamente para que a instituição fosse aberta para mais pessoas, por essa equipe de médicos. E foi justamente nesse contexto que, a partir da tentativa de se criar uma equipe multidisciplinar, que a resistência foi se estabelecendo.

Para iniciar, tínhamos que criar as equipes multidisciplinares. Era obrigatório. A equipe multidisciplinar no tratamento do doente psiquiátrico é absolutamente necessária, ou seja, o doente psiquiátrico é muito maltratado até hoje, pois ele precisa de várias instâncias, não só do medicamento. Mas convencer a população de trabalhadores intra-hospitalares, foi uma luta que durou mais ou menos um ano. Quase que tivemos que sair, nos demitirmos, ou quase nos expulsaram de lá, havia muita resistência dentro do próprio hospital (Silva, 2022, p. 4).

A contestação ou dificuldade em implantar era estabelecida principalmente pelo corpo médico. “Para não ter equipe multidisciplinar, porque a equipe multidisciplinar tiraria poderes, principalmente dos médicos” (Silva, 2022, p. 5). Essa contestação do poder ou a tentativa de manter uma hierarquia não é novidade nas histórias das relações de poder. Mas, tal resistência não esteve somente nesse campo. Foi uma resistência “Médica, mas tinha muitos

funcionários também, que queriam continuar daquele jeito, você está entendendo? Quer dizer, então foi uma luta 'insana' para a gente conseguir isso" (Silva, 2022, p. 5). O fato é que aos poucos certas estruturas e condições, ao que parece, estavam paulatinamente sendo alteradas ou pelo menos em vias de se estabelecer modificações. Nesse contexto, é preciso retomar a análise do documento analisado parcialmente, no capítulo anterior, *Reintegração do indivíduo à si próprio e à sociedade*. Observe-se os dados compilados pela equipe do projeto, que, a partir da enfermaria Henrique Roxo, apresenta um retrato do *Adauto Botelho de Goiânia*. Toda essa organização, não só porque a instituição manicomial era um dispositivo para regular e governar a população, mas, também porque se tratava de contestar o que o asilo representava: “[...] percebemos que além da falta de estímulo social e afetivo, os hospitais psiquiátricos cumprem muito mais um papel repressivo do que trabalhos terapêuticos-adaptativos” (Reintegração..., 1984, p. 3). Sendo assim, enxergando o lugar como de repressão, continua o documento, “[...] sustentamos que grande parte da psiquiatria manicomial é a caricatura de todo o sistema ideológico repressivo, utilizado para que um pequeno grupo oprima e explore economicamente um povo” (Reintegração..., 1984, p. 3).

Essa leitura amplia a noção do modo como os saberes se constituem para se tornarem ou se instalarem nas operações de poder. Para combater tal condição, mesmo que de maneira mais interna o projeto destaca: “Diante de todas essas limitações, nos propusemos a uma experiência ombro-a-ombro, nos questionando e questionando toda a metodologia hospitalar, buscando estagiários médicos, uma forma alternativa de terapia com base nos estilos de vida e necessidades dos internos” (Reintegração..., 1984, p. 3).

O último parágrafo dessa apresentação ajuda-nos a compreender a perspectiva desse projeto: “Assim, trabalhamos com seres estigmatizados com o objetivo de reintegrá-los à sociedade que os relega a uma condição humilhante” (Reintegração..., 1984, p. 3). Além de reconhecer que havia um processo de construção social da loucura, de hierarquização das diferenças e modos de ser, destaca-se uma espécie de missão: “E, sobretudo, objetivando levar o indivíduo a uma retomada de seu caminho, à nova estruturação de seu Ego, à sua auto reintegração” (Reintegração..., 1984, p. 3). Reitera-se, adiante, que esse processo só é possível a partir da conscientização da sociedade quanto ao valor de cada modo de viver, da criatividade, entre outros aspectos da formação dos sujeitos:

Para tanto, sentimos a necessidade de desenvolver um processo de conscientização junto à comunidade. E fizemo-lo através de participação em debates, seminários com segmentos da sociedade, buscando evidenciar que nossos internos, longe de uma ideologia caritativa, são seres humanos esperançosos, como nós, de um lugar onde

possam desenvolver suas capacidades e que seus limites sejam respeitados (Reintegração..., 1984, p. 3).

De uma perspectiva mais operacional, o objetivo, portanto, seria observar, sondar e preparar alguns internados talvez capazes de serem reintegrados na sociedade, por meio de atividades familiares ou mesmo a partir da inserção no mercado de trabalho, fazendo com que esses pacientes pudessem se afastar da ociosidade. Para se chegar até esses pacientes de maneira mais próxima, mais íntima, alguns passos foram dados: “1 – Seleção dos pacientes, para continuação da homogeneidade da Enfermaria Henrique Roxo; 2 – Formação de grupos para captar os problemas específicos de cada interno; 3 – Procura de mercado de trabalho para internos em condições de volta à vida fora do hospital” (Reintegração..., 1984, p. 4). Além desses aspectos, então, deu-se maior ênfase à reintegração a partir do trabalho. Para isso, ações externas seriam necessárias para além da procura de lugares onde os internos pudessem se ocupar: “4 – Acompanhamento dos internos para os quais foram conseguidas oportunidades de trabalho; 5 – Estudo de casos com médico-psiquiatra. Trabalho junto à assistência social” (Reintegração..., 1984, p. 4) e, por último, “6 – levantamento dos pacientes da Enfermaria Henrique Roxo, de agosto de 1983 a maio de 1984” (Reintegração..., 1984, p. 4).

Para atender esses objetivos estabeleceram-se as seguintes estratégias, com vistas a selecionar os pacientes em condições de trabalhar. “1 – Para a continuação da seleção dos pacientes, prossegue a anamnese, entrevistas, para entender a problemática individual” (Reintegração..., 1984, p. 4). Notadamente não seria uma ação sem supervisão médica: “Toda seleção é feita juntamente com psiquiatra, psicólogo e enfermeira. Os internos são selecionados de outras enfermarias ou encaminhados do Pronto Socorro” (Reintegração..., 1984, p. 4). Há também uma tentativa de maior aproximação e conhecimento dos pacientes por meio de “2 – Reuniões com os grupos formados para se conhecer melhor os internos, através dos sintomas apresentados” (Reintegração..., 1984, p. 5). Depois dessas reuniões em grupos e “3 – Após selecionar internos em condições absorvidos pelo mercado de trabalho e os mesmos serem devidamente preparados, procede-se à procura de locais adequados, onde os internos pudessem desenvolver um trabalho remunerado e condizente com suas condições” (Reintegração..., 1984, p. 5).

Em seguida seria realizado “[...] o acompanhamento psicológico, tanto a nível de hospital quanto no local de trabalho dos mesmos para uma melhor e mais rápida adaptação” (Reintegração..., 1984, p. 5). Observa-se que para que esse projeto fosse levado a cabo, todo o processo de seleção seria realizado para direcionar as pessoas para a Enfermaria Henrique

Roxo. É o próprio documento que traz o relato sobre três pacientes que saíram da instituição para trabalhar:

Como o objetivo maior do trabalho na Enfermaria Henrique Roxo é a reintegração do indivíduo à sociedade, temos atualmente 3 internos trabalhando fora do Hospital. Estes internos foram selecionados a partir de observações feitas através dos grupos de reflexão e limpeza, e empregados após três meses de preparação. Feita a observação através de trabalhos individuais, verificou-se que os três internos demonstraram maior interesse e possuem maiores condições de trabalhar fora do hospital. Foram eles convidados primeiro para participarem do grupo de limpeza e posteriormente foram trabalhar como ajudantes na cozinha do hospital. Desenvolvendo suas tarefas com responsabilidade, fez-se paralelamente um trabalho de preparação das condições fora do hospital. Além de trabalhar as resistências em saírem do hospital, lidou-se com a responsabilidade dos internos sozinho, enfrentarem a realidade, pois, o objetivo do trabalho é o resgate do indivíduo à si mesmo e seus valores (Reintegração..., 1984, p. 6-7).

Além dos passos descritos pela equipe sobre como os três pacientes foram integrados, é fundamental destacar que muitos internados, em função do longo tempo encerrados no manicômio, tinham medo de sair. Alguns deles tinham medo por não terem família ou por não saberem a localização dos familiares, e outros devido serem de outros estados e cidades. Paralelamente, os pacientes que não conseguiam ou não tinham condições de sair, também foram beneficiados com atividades. Em especial com as atividades nos grupos, como grupo de relaxamento e o grupo de desenho, numa espécie de reforço para se compreender melhor o que as entrevistas não conseguiam captar (Reintegração, 1984).

O grupo de reflexão foi introduzido com o objetivo de trabalhar o isolamento de cada um, pois através deste grupo há um maior relacionamento entre os internos, além de fornecer dados para uma melhor compreensão dos mesmos, haja visto que muitas vezes surgem dados não detectados em entrevista individuais. O grupo de relaxamento foi criado com o objetivo de diminuir a tensão muscular e trabalhar sensações. O grupo de desenho ainda não se encontra bem estruturado devido à falta de material. Foi formado com a finalidade de se chegar até à problemática do interno, não captadas, muitas vezes, devido à dificuldade verbal de certo interno, e elaborar um programa mais específico para estes (Reintegração..., 1984, p. 6).

Com essa aproximação e maior aprofundamento nas entranhas do manicômio, muitos dados puderam ser organizados: “[...] houve o controle de todos os dados em fichas individuais, anamnese, entrevistas. Foi feito também um quadro das internações dos pacientes desde 1974 a 1984 [...]. Constatamos ainda, que dos 120 internos nesta Enfermaria, apenas 30 possuem responsáveis” (Reintegração, 1984, p. 6). Vejamos os dados:

Finalizando, através da referida pesquisa, constatamos que dos 120 pacientes internos na Enfermaria Henrique Roxo de agosto de 1983 a 15 de junho de 1984, 57 são do

interior do Estado, 28 de Goiânia, sendo que não contém dados de origem 33 internos. Comprovamos que a maioria das altas são dadas pelo médico, no total de 35, sendo que apenas 7 altas ocorreram a pedido da família. Durante este período foram registrados 3 óbitos, sendo 2 por morte natural e um por homicídio. Outro dado: 7 receberam altas por fuga. As transferências em número de 21 foram feitas com o objetivo de trazer para a Enfermaria Henrique Roxo, pacientes possíveis de serem trabalhados (Reintegração, 1984, p. 7).

A parte final desse documento faz um apanhado geral das condições da instituição, retomando, por exemplo, a questão familiar, a cronificação e a pobreza, tratadas no último item do capítulo anterior, mas apontadas no trecho seguinte como possíveis ações a serem realizadas: “Concluimos que há necessidade de se trabalhar o indivíduo para retornar a viver na comunidade, seja junto à família ou só, quando contar com o apoio familiar” (Reintegração, 1984, p. 8). Para tanto, a instituição deveria manter contato com os pacientes e suas famílias posteriormente, com o auxílio da assistência social: “Há a necessidade de se estender essa assistência ao paciente, depois que ele deixar o hospital, ou seja, durante o período de readaptação do trabalho e à vida em sociedade” (Reintegração, 1984, p. 8). Segue a proposta idealizada: “[...] formar um grupo constituído pelos recém-saídos do hospital que viveriam juntos numa casa albergue, contando com assistência médica, psicológica e social, até que estejam aptos a viverem sozinhos” (Reintegração, 1984, p. 8).

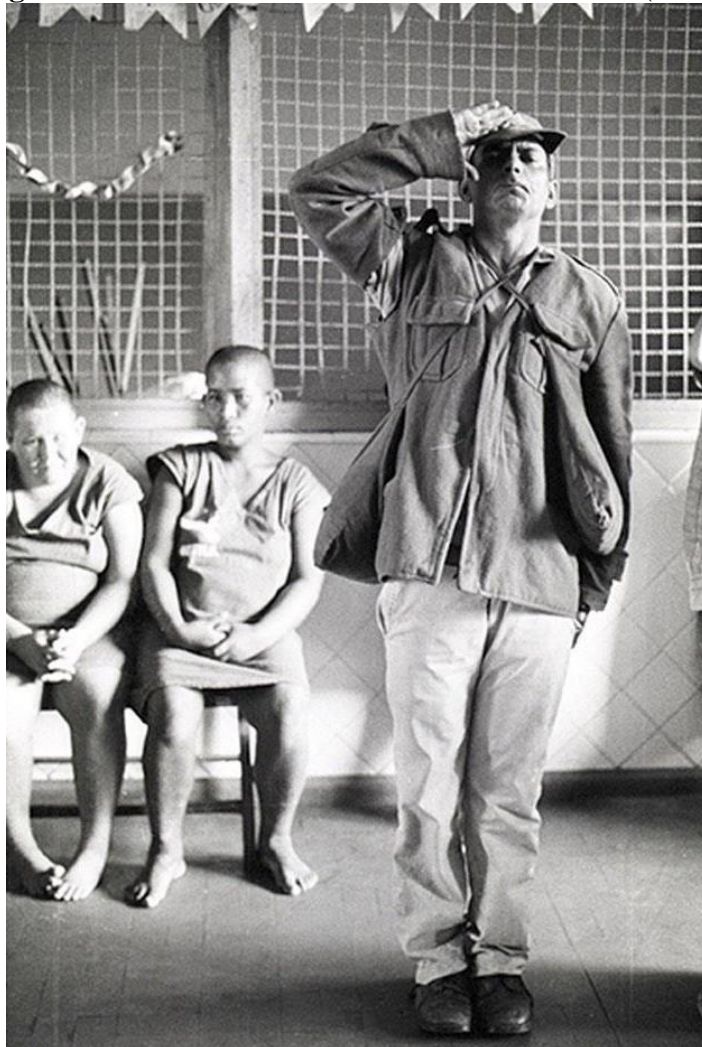
De maneira geral, verifica-se tratar de uma tentativa de mudança de toda uma forma de lidar com os pacientes, uma busca de mudança de perspectiva tanto interna quanto externamente.

Observamos que o tratamento dispensado aos internos na instituição psiquiátrica, embora conscientes de que se usa métodos superados, é arcaico e indiferente aos problemas reais dos internos. Com tais práticas, jamais se será possível a recuperação dos mesmos. A instituição, como um todo sabe destes problemas, porém se apega a projetos utópicos, talvez por comodismo e continuam na mesma prática hospitalar. Esperamos que surjam ideias novas, condizentes com o interesse de realmente voltar estes pacientes ao convívio social, em busca de condições mais humanas na sociedade, das quais eles têm direito, por serem gente como nós (Reintegração, 1984, p. 9).

Esse processo de abertura da instituição gera a possibilidade de ser criticada a partir de dentro, não só por pessoas do convívio interno, mas por tantos outros grupos, como se observou aqui e em outros momentos desta análise. No contexto dessa abertura, muitas imagens das condições dos internos foram feitas, servindo ao mesmo tempo de denúncia, em denúncias que

só puderam ser feitas em função da maior circulação de pessoas na instituição. É que se pode observar, por exemplo, na foto a seguir, capturada em 1984, por Rosa Berardo¹¹⁴.

Figura 12: Internos no Aداuto Botelho de Goiânia (1984).



Fonte: Berardo, Rosa (1984).

Na foto, além das vestimentas mais comuns utilizadas pelas mulheres e essas com os pés descalços, contrapõe-se à imagem do homem em destaque, que na foto está vestido e calçado, um aspecto que deve ser considerado. Além do mais, dois detalhes ao fundo mostram que ações mais dinâmicas começavam a acontecer na instituição. Esse aspecto pode ser notado pelas bandeirolas e uma espécie de trança, que enfeitam essa parte da instituição, caracterizando uma decoração comum nas festas juninas em boa parte do Brasil. É nesse contexto da captura

¹¹⁴ Doutora em Cinema pela Sorbonne, Rosa Berardo é professora, fotógrafa, cineasta e jornalista. Paulista radicada em Goiás desde 1968. Filmou a adaptação da novela *André Louco*, de Bernardo Élis, além de ter feito outros trabalhos, seja em comunidades Quilombolas, seja ainda com os povos originários. Uma parte do seu trabalho pode ser vista no seu site: rosaberardo.com.br

das imagens e na contradição que elas apresentam, que surge uma das peças mais importantes sobre o *Adauto Botelho de Goiânia*, que foi o documentário gravado entre 1985 e 1986. O documentário *Passageiros da Segunda Classe* representa, ao mesmo tempo, elemento de contestação e de abertura, isto é, só há a possibilidade dessas imagens serem feitas porque já estava em desenvolvimento na instituição uma perspectiva diferente, uma perspectiva cujo objetivo seria transformar o manicômio em um hospital e isso possibilitou a abertura dos seus portões.

O primeiro passo para entender a produção dessa peça cultural é justamente a peça que apresenta o primeiro esboço, escrito à mão, em 1984 e depois com sugestões e passos que seriam definidos pelo então diretor da instituição. Neste roteiro constam 30 etapas, ou melhor, 30 locais os quais seriam fotografados e gravados em sequência. Inicialmente seria fotografada a (1) fachada da instituição e logo na sequência o (2) saguão, em seguida seriam capturadas imagens do (3) corredor que levava para a parte interior da instituição, bem como os (4) pátios gramados e a sala de TV (Documentário HAB – Roteiro, 1984). Em seguida pode-se observar que as enfermarias seriam os próximos espaços a serem fotografados. Neste ponto, como veremos, teremos a apresentação dos nomes de todas as enfermarias do *Adauto Botelho de Goiânia*.

Deveriam ser capturadas imagens na seguinte sequência das enfermarias: (5) Alves Garcia – Wassily Chuc; (6) Henrique Roxo; (7) Maurício de Medeiros; (8) Dione Costa; (9) Nelson Pires. Em seguida seria fotografado o (10) corredor do Departamento de Psicologia e a Sala do S.O.S e seguiria para mais duas enfermarias, agora enfermarias femininas, sendo elas: (11) Myra Lopez e (12) Iracy Doyle; (13) Praça da Alegria; (14) Leme Lopes. A segunda metade do roteiro orienta-se para se fotografar (15) às salas de RX e dos dentistas, bem como os apartamentos médicos, o (16) quarto dos acadêmicos; a (17) cozinha, preferencialmente com os pacientes trabalhando; (18) o refeitório dos funcionários; (19) lavanderia, também com os pacientes trabalhando; deveriam ser capturadas imagens da parte dos fundos da instituição (20) Pátio do fundo, das oficinas que estavam inativas e necrotério; (21) sala de Terapia Ocupacional, privilegiando as imagens dos pacientes e dos terapeutas trabalhando; (22) o portão de saída dos fundos e também da (23) Cavalaria para se ter um contraste com o manicômio (Documentário HAB – Roteiro, 1984). Duas fotos destacam a participação dos pacientes em certos trabalhos, questão que é evocada em mais de um item no roteiro:

Figura 13: Pacientes ajudando na alimentação.



Fonte: Arquivo Pessoal Kim-Ir-Sem (1985-86)

Figura 14: Paciente lavando pratos.



Fonte: Arquivo Pessoal Kim-Ir-Sem (1985-86)

A sequência do roteiro trata basicamente da apresentação das imagens do Pronto Socorro: “(24) fachadas, enfermarias, pátios internos, posto de enfermagem, recepção, consultório médico, sala psicologia, serviço social; (25) Reuniões de AA, grupo operacional às sextas-feiras e quartas-feiras à tarde (psicodrama) etc.” (Documentário HAB – Roteiro, 1984,

p. 2). Em seguida deveriam ser mostrados os (26) estudos de casos clínicos que ocorriam às terças-feiras no período noturno; (27) a horta em relação ao Pronto Socorro Psiquiátrico, bem como os pacientes trabalhando na horta. Em seguida deveriam ser produzidas imagens da (28) festa natalina com seus antecedentes e derivados, a observação do passeio dos pacientes, ao que parece programado, que ocorreria em um sábado às 14 horas; (29) fotos de um passeio a uma sorveteria que aconteceria antes ou depois do passeio e por último (30) fotografar a atividade esportiva que acontecia às sextas-feiras pela manhã no pátio da enfermaria Iraci Doyle (Documentário HAB – Roteiro, 1984).

No roteiro ainda há a indicação sobre questões operacionais: “Este roteiro será feito em slide pela agência de publicidade Mário S Brocks, em gentileza ao Grupo Universitário S.O.S. Aduino” (Documentário HAB – Roteiro, 1984, p. 3). Diante disso, é possível perceber, mais uma vez, a importância do SOS Aduino Botelho na perspectiva de uma transformação da instituição. Em outro documento, também manuscrito, agora com datação mais específica, o diretor da instituição, dr. Abrão Marcos faz as seguintes sugestões que deveriam ser encaminhadas ao grupo S.O.S. Aduino Botelho e aos fotógrafos:

1) As fotos de pacientes deveriam ser de costas, de perfil, se de frente com tarja sobre os olhos; 2) O dia ou os dias definidos para a realização do trabalho devem ser comunicados com antecedência de uma semana à direção bem como o horário; 3) As fotos devem ser encaminhadas para apreciação à direção, antes de serem utilizadas (Silva, 07/1984, p. 1).

Como se pode observar tanto nas fotos quanto no documentário, as imagens não foram tratadas seguindo a solicitação do então diretor da instituição. Também não foram mostradas as imagens das ações que estavam sendo desenvolvidas nas oficinas, nos passeios, privilegiando apenas os aspectos de denúncia e das condições degradantes do espaço manicomial. Deixou-se, nesse período, de se mostrar em formato audiovisual o que estava acontecendo também como tentativa de mudar a própria concepção da instituição. Notadamente, esse aspecto não nega a importância da peça cultural, apenas destaca que não se pode tratá-la como um monumento.

Entre os motivos que podem ser considerados para esse recorte do documentário mais focado na denúncia, o fotógrafo Kim-Ir-Sem narra que ele e equipe ficaram na instituição por 13 dias. E sobre as condições da instituição observa:

Ficar instalado em uma enfermaria em desuso, nos mesmos moldes dos internos nos aproximou daquela realidade de uma forma contundente. A liberdade de transitar com absoluta tranquilidade, tomar as refeições junto com os funcionários, foi nos dando uma confiança pouco vista em outros projetos dessa natureza. Nos primeiros dias, eles ficavam desconfiados, mas com o passar dos dias, foram nos absorvendo.

Começamos a fazer parte daquela “paisagem”. Escutar os gritos noturnos, principalmente da ala feminina, contígua a nossa, é uma lembrança que até hoje permeia meus sonhos mais profundos. O cheiro, ah! o cheiro, esse eu nunca vou esquecer (Kim-Ir-Sem, 2022, p. 1).

Como se pode observar, aquele não foi um documentário gravado de maneira aleatória, foi um processo de imersão, de aprofundamento na rotina e nas mazelas da instituição. Se por um lado, essa imersão fez com que as pessoas da equipe de filmagem pudessem ver as reais condições da instituição, as contradições, a naturalização de certos processos, a visualização das piores cenas possíveis, bem como a escuta dos gritinhos diurnos e noturnos, o cheiro que não se esquece. Por outro lado, o fotógrafo observa que essa abertura era uma condição adversa, rara, para o período:

As dificuldades de adentrar qualquer instituição psiquiátrica eram imensas, provavelmente existia alguma influência militar, pois estávamos vivendo e um período de ditadura, mas a censura sobre o assunto era geral. A sociedade não queria ver aquilo, pois seus parentes estavam lá dentro. A classe médica não queria mostrar aquilo, pois se envergonhariam. A imprensa em geral, quando não era muito governista, bem que tentava mostrar, mas quando mostrava era melhor parte, ou aquela que estava maquiada para aquele momento. Esse convite para que nós pudéssemos realizar esse documentário, logicamente só poderia ter saído de uma tomada de consciência da necessidade de mudar essa realidade. Somente um corpo clínico cômico dos problemas, e preocupados em melhorias poderia fazer um convite desses. Pois, todos conhecemos a força e o poder das imagens (Kim-Ir-Sem, 2022, p. 2).

Esse relato destaca ao mesmo tempo uma certa preocupação em mostrar as reais condições da instituição, bem como ratifica a importância da equipe gestora daquele momento, que, segundo o relato, evidencia a consciência e a necessidade de mudar as condições da instituição. Nesse aspecto, a abertura revela as condições da instituição, justamente porque era de interesse da equipe diretora, daquele momento, levar à público aquela condição, por mais dura e estigmatizante que ela fosse. A observação aponta para a tese de que havia efetivamente uma tentativa de transformar o ambiente asilar, manicomial, em uma instituição hospitalar. Essa mudança deve ser entendida nos termos mesmos da lógica interna do argumento, pois, para os defensores dessa tese, um hospital seria mais organizado, mais saudável, um lugar de saúde, de racionalização. A foto a seguir mostra mulheres se alimentando no chão, sublinhado uma das principais características do manicômio, explicitando ser um dos principais problemas que precisavam ser mitigados com urgência.

Figura 15: Mulheres internadas no horário de almoço (1985-86).



Fonte: Arquivo Pessoal Kim-Ir-Sem (1985-86)

Nesta foto pode-se observar que muitos dos pacientes internados encontravam-se nus, se alimentando no chão, embora algumas com talheres, mudança inserida aos poucos. Sobre a questão da nudez, não se pode dizer que esse fato ocorria somente porque não havia roupas. Obviamente, durante um período, como já discutimos, nem sequer as vestimentas eram adequadas e muitas pessoas internadas se encontravam sem vestimentas. Todavia, mesmo depois que essa questão foi amenizada, uma parte das pessoas continuavam sem usar roupas justamente porque não queriam usá-las. Talvez, ficar sem roupas fosse o último vestígio de liberdade que ainda lhes restava. De todo modo, o ar da fotografia traz um apelo trágico para a instituição e mesmo um certo abandono. É tônica e o tom do documentário, que reflete também nas fotografias a crítica necessária à instituição, como destacou o Kim-Ir-Sem.

5.2. Ações que materializaram as projeções

No contexto dessa tentativa de transformar o manicômio em hospital, em 1985, o dr. Abrão Marcos apresentou, como que uma síntese das ações que teriam sido realizadas desde sua entrada na instituição, dado que a situação do asilo não condizia com um hospital. Para isso, o então diretor técnico do manicômio faz esse levantamento destacando basicamente a importância da universidade, bem como a participação da comunidade como um todo na transformação daquele espaço. Segundo essa perspectiva, o documento traz uma compreensão

muito explícita sobre qual seria a função do hospital, a qual deveria ser modificada: “O hospital psiquiátrico [...] se incumba da função carcerária que lhe delega o Estado, mas este representa menos interesse comunitário e mais interesses das classes dirigentes” (Silva, 30/11/1985, p. 1), nessa perspectiva, o manicômio fica “[...] consignado mais como centro de doença mental que como elemento irradiador da saúde mental” (Silva 30/11/1985, p. 1). É a partir da mudança desse quadro, tendo como base a participação comunitária e transformação do manicômio em hospital que se estruturou a gestão. Eram as propostas a seguir as principais: “01 – Reestruturação física do hospital; 02 – transformação do espaço asilar em espaço hospitalar; 03 – Racionalização dos procedimentos técnicos e assistenciais; 04 – Reciclagem e suficiência dos recursos humanos; 05 – Abertura do hospital à comunidade” (Silva, 30/11/1985, p. 4).

Para isso, segundo mostra essa espécie de prestação de contas, pelo menos onze projetos e programas foram organizados: “01 – Modernização administrativa” (Silva, 30/11/1985, p. 4), que consistia basicamente em “1.1 – Melhoria do sistema de custos e de informação; 1.2 – Serviço de arquivo médico” (Silva, 30/11/1985, p. 4). Consta ainda a revisão da condição dos pacientes, por meio do chamado “02 – Rediagnóstico dos pacientes” (Silva, 30/11/1985, p. 4), bem como a “03- Criação de ambulatórios com assistência psiquiátrica e psicológica” (Silva, 30/11/1985, p. 4). Além disso: “04- Cursos de reciclagem; 05 – Normatização quanto às internações; 06 – Criação do Centro de Estudos; 07 – Agilização e melhoria dos serviços auxiliares (farmácia, laboratório, RX, etc.)” (Silva, 30/11/1985, p. 4), bem como a “08 – Instituição de reuniões semanais para as chefias e mensais para todos os funcionários” (Silva, 30/11/1985, p. 4). Do mesmo modo a “09- Criação do grupo operativo para atuar no PSP; 10 – Proposta de criação de creche e do albergue (ainda hospital-dia e hospital noite)” (Silva, 30/11/1985, p. 4). O último item destaca a importância e a necessidade da interação e participação da comunidade na instituição:

11 – Integração interinstitucional e comunitária. Quanto a esse último item, que significa em princípio o estabelecimento de vínculos com escolas, hospitais, clubes, associações, entidades religiosas e/ou filantrópicas, deve passar mais qualquer outro, por uma discussão democrática: “01- Para que a psiquiatria não se torne mentora de normas de vida para a população; 02 – Pouco se tem discutido sobre saúde mental – Há pois, pouco discernimento; 03 – Há que se reavaliar a doença mental, precisar seu critérios de definição, seu atendimento, seu mecanismo de produção, sua reversão e avaliação de graus e que faixas da população estão expostas a que tipos” (Silva, 30/11/1985, p. 4).

Nesse item, a relação entre a comunidade e a instituição está baseada em uma perspectiva que problematiza a própria psiquiatria e no reconhecimento das formas de produção da loucura, bem como, paradoxalmente, maior precisão sobre a definição e caracterização da

chamada doença mental. Mais do que isso, há a busca por uma relação de proximidade com a universidade, com os profissionais que estiveram atuando na instituição ou fora dela. Por isso mesmo, como destaca o documento: “Decidiu-se em relação às escolas o fortalecimento e a melhoria dos estágios já existentes e a criação de novos, entende-se que é aqui onde se pode prever a participação efetiva e formal da Universidade” (Silva, 30/11/1985, p. 5). Por isso mesmo, uma das propostas já desenvolvidas era a efetivação dos estágios, como já estava ocorrendo com os cursos de enfermagem da Universidade Católica de Goiás e o curso de medicina da UFG. Nesse sentido, os estágios estavam estruturados com os seguintes objetivos:

01 – Conhecer a estrutura do atendimento em Saúde mental do Estado; 02 – Conhecer os serviços de vanguarda desenvolvidos e a unidade de retaguarda (Hospital Psiquiátrico Prof. Adauto Botelho) com todos os mecanismos operacionais. 03- Participar da cultura, dos interesses, das condições de vida e formação da comunidade onde o paciente se originou; 04 – Adquirir e ampliar conhecimento em saúde mental; 05 – Colaborar para a solução dos problemas a nível físico-mental-social de pacientes, familiares e grupos comunitários, enfatizando prioridades (Silva, 30/11/1985, p. 5).

Essa formação a partir do estágio tinha como finalidade que o estagiário desenvolvesse uma aprendizagem global dos processos internos, tanto quanto das condições sociais que a abarcavam e definiam a loucura. Não se fazia uma proposta de formação técnica apenas, mas de uma perspectiva política, entendendo a instituição no interior das relações sociais. Outras ações também foram organizadas, tendo em vista não só os profissionais que estavam na instituição, mas também a efetiva integração dos pacientes a suas famílias. Esse processo, que consistia em procurar as famílias das pessoas internadas e encaminhar os pacientes a essas famílias, que já foi anunciado em documentos anteriormente analisados, como o documento *Reintegração* (1984), ao que parece, teve efetivação entre 1985 e 1986.

Pelo que se percebe, o referido projeto pode ter sido levado adiante a partir de um outro projeto, do ano de 1986, no qual o nosocômio ainda estava sob a direção do Dr. Abrão Marcos, *Projeto Integração Família – Paciente – Comunidade do Serviço Social do hospital psiquiátrico Adauto Botelho*, analisado por Barreto (2018). De acordo com essa autora, o projeto estaria focado, tal como o *Reintegração* (1984) na relação entre a sociedade e a comunidade, com o foco voltado para as relações familiares, para o monitoramento tanto das famílias quanto dos pacientes que receberiam alta. Eis a síntese do projeto:

a) Levantamento de dados das famílias de Goiânia - serão coletados dados das famílias implicadas no projeto, tais como: situação habitacional, econômica, familiar e o posicionamento da mesma frente à enfermidade do paciente. Todos estes dados obtidos de entrevistas, contatos informais. b) Visitas domiciliares - serão feitas periodicamente às famílias tanto de pacientes que estão internados no hospital, quando

aqueles que já receberam alta médica, para dar continuidade ao tratamento, buscando também a participação dos familiares na recuperação do doente mental. c) Nucleação de grupos de famílias - o instrumento de ação será o Grupo, cujas reuniões serão feitas semanalmente, às quintas-feiras, no horário que antecede a visita ao hospital, (no Pronto Socorro Psiquiátrico organizar-se-á grupos de familiares de doentes egressos e em tratamento ambulatorial). d) Atuação junto à comunidade - utilização dos grupos e lideranças comunitárias para que participem dos trabalhos de prevenção em saúde mental, (Associações de Bairros, Igrejas, Centro Comunitários, Grupos de lazer...). Expansão da ação educativa também nas escolas, rádio e Tv e outras instituições (Barreto, 2018, p. 77-78).

Observa-se que há nesse projeto, certas semelhanças em relação ao projeto de 1984, embora se possa perceber uma perspectiva de mobilização a partir da rádio e televisão como uma espécie de produção de uma popularização e conscientização das questões da saúde mental. Nesse cenário, uma das primeiras ações executadas, conforme argumenta Barreto (2018), foi justamente a busca das famílias de pacientes específicos, como são os casos de Adão¹¹⁵ cuja família foi procurada no ano de 1984. Depois de contatos tanto com autoridades quanto com familiares, no intuito de sensibilizar os responsáveis, ainda assim a família não aceitou acolher Adão. Posteriormente, a instituição tentou uma alternativa mais dura: no dia de 5 de fevereiro de 1986, quando o Dr. Abrão Marcos da Silva encaminhava aos prefeitos de Goiás e de alguns outros estados que tinha paciente internados no *Adauto Botelho de Goiânia*, o seguinte encaminhamento:

Prezado senhor, a secretaria de Saúde via Coordenação de Saúde Mental e áreas integradas tem realizado um grande esforço no sentido de dotar o Estado de cobertura eficiente em Saúde Mental.

Cabe-nos neste instante participar-lhe que em breve a estrutura da OSEGO permitirá este atendimento em vários pontos da Capital e áreas satélites do interior.

Cremos ser de seu conhecimento que o Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho funcionará como unidade de retaguarda para prestação desses serviços, sendo a única no momento disponível para esse tipo de atendimento (internação) no nosso Estado, quando se fizer necessário.

Ressalta-se, no entanto, que a internação nessa área deve ser a última coisa de que se lançará mão, depois de esgotados todos os recursos, sobretudo pelo prejuízo que ela tem causado aos pacientes, principalmente quanto prolongada.

Por outro lado, é preciso dar a conhecer, que o Hospital Adauto Botelho tem dentro de seus muros um número de pacientes superior ao que suas acomodações permitem para um atendimento decente, pois foi transformado em grande parte, num asilo.

Esse asilo se caracterizou, impedindo um autêntico atendimento hospitalar, a partir do instante em que as pessoas para aqui encaminhadas: a) são portadoras de transtornos psíquicos de rápida recuperação, necessitando algum tempo de internação do qual devem voltar aos seus lares, b) são pessoas nitidamente não asilares cujos distúrbios psíquicos necessita apenas de acompanhamento ambulatorial, prescindindo de

¹¹⁵ Barreto (2018) também destaca o caso de Maria cuja família, em 1995, foi procurada para recebê-la. A família de Maria teria recusado a recebê-la e ainda teria feito articulações políticas para que ela continuasse internada. “Depois de uma longa busca por informações, a equipe da instituição descobriu que sua mãe e seus sete irmãos, responsáveis pela internação, residiam em Goiânia e que nos vinte dois anos que estivera hospitalizada jamais buscaram obter informações a respeito da paciente” (Barreto, 2018, p. 81). Maria morreu em 1998 vítima de um infarto.

internação, c) são portadoras de oligofrenia moderada, sem necessidade de assistência psiquiátrica exceto uma ou outra rápida intervenção e para as quais o hospital não está instrumentalizado (nem devia estar) para prestar atendimento, d) são pessoas de características inteiramente asilares, cuja única problemática é a falta de teto, alimentação e vestuário.

Nossos plantonistas não têm como disciplinar esta situação pois grande parte desses pacientes são abandonados à porta da instituição não deixando alternativa que não seu acolhimento.

Aqui recolhidos, ficam eles completamente desprezados pela família por anos e anos, que não responde nossas solicitações (muitas vezes nem endereço existe), condicionando nesses pacientes novas e graves doenças: hospitalismo, que lhes tira a capacidade de iniciativa, provocando seu total colapso social.

Em função do exposto, temos a dizer que entendemos ser a organização hospitalar uma instituição que deve prestar assistência em saúde e tão somente nessa área, deixando a outras instituições competentes a tarefa de tomar medidas adequadas à solução de problemas de outros níveis, especificamente os econômicos e sociais.

Esperamos pois, contar com sua compreensão e apoio para as medidas que se seguem:

- 1) Dentro de 30 (trinta) dias a contar do encaminhamento desta, encaminharemos ao Serviço Social de sua Prefeitura os pacientes desta cidade que aqui se acham em condições de alta hospitalar e cujos familiares/responsáveis não atenderam nossos chamados. Estes pacientes receberão instruções e medicação suficientes para aguardarem em casa sua próxima consulta em nossas Unidades, se for o caso.
- 2) Sempre que possível, antes de encaminhar para cá pacientes portadores de distúrbios psíquicos pedimos levá-los ao Posto de Saúde de sua cidade e, se for o caso, trazê-lo com encaminhamento (relatório) do profissional deste Posto. Em caso de impossibilidade, fazer-se pelo menos, acompanhar de um familiar ou responsável até aqui (Encaminhamento, 05/02/1986).

O diretor técnico não se furta, neste encaminhamento, de abordar as condições gerais da instituição, destacando que ela ainda tinha características asilares e com isso, pode-se identificar superlotação e condições de trabalho e de estadia para os pacientes, inadequadas. Do mesmo modo, são reforçados aspectos já mencionados nesta tese, segundo os quais a instituição teria uma função na limpeza da cidade. E isso diz respeito aos pobres, desvalidos, sem teto, entre outras condições estruturais e econômicas que afetavam e afetam as populações mais vulneráveis do Brasil e de Goiás. Ao final, destacam-se não só orientações, como os procedimentos que deveriam ser realizados mediante o envio dos pacientes para suas cidades e para os seus familiares.

Em ofício encaminhado no dia 06 de fevereiro de 1986 ao coronel Wilson Mendes Pereira, comandante do policiamento de Goiânia, o Dr. Manoel Dias Reis¹¹⁶, diretor do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, sublinha a questão do *Adauto Botelho de Goiânia* em relação aos pacientes:

¹¹⁶ Segundo Vera Lúcia Cardoso, além do Dr. Abrão Marcos. O Dr Manoel Dias Reis, psiquiatra ainda vivo e atuante em Goiânia, era um dos médicos que tinham abertura para dialogar sobre as transformações que estavam acontecendo e que eram propostas naquele contexto da segunda metade da década de 1980.

Senhor comandante, O Pronto Socorro Psiquiátrico – OSEGO tem como principal objetivo o atendimento da população carente da capital e do interior, encaminhada a este serviço pelos diversos órgãos e por familiares.

O maior problema enfrentado até hoje por este Pronto Socorro diz respeito às pessoas que aqui chegam “sem lenço e sem documentos” e muitas vezes sem qualquer informação a respeito da doença (o que nem sempre o paciente pode fornecer). Estes pacientes que aqui chegam acabam ficando por aqui transformando o hospital (Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho) em asilo, o que foge totalmente do seu objetivo.

Entre os órgãos (Prefeitura, órgão assistenciais, Delegacias de Polícia do interior e também da capital) está a Polícia Militar através de seu comandante.

Dentro do atual “esquema” o policial que conduz o paciente aqui chegando, aguarda o atendimento médico, assina um termo de responsabilidade e então ele pode voltar à sua árdua tarefa. Reconhecemos a boa vontade de muitos, não compreendemos a impaciência de outros. Mas isto não basta, pois o nosso problema continua o de sempre, ou seja, o paciente que aqui chega sem nenhuma informação.

Pela observação, descobrimos que o policial faz uma ocorrência policial onde, inclusive, o médico que atende o paciente assina. Observamos que nessa ocorrência existem dados de enorme valor para nós, por exemplo, a situação em que o paciente foi encontrado, onde, quem chamou os policiais.

Diante do exposto, vimos solicitar ao senhor uma 2ª via destas ocorrências, que seriam fornecidas no momento em que o policial deixar aqui o paciente.

Gostaríamos de lembrar que tais ocorrências seriam anexadas aos prontuários dos pacientes, fazendo parte de um material de caráter ético, sendo usado única e exclusivamente em benefício dos pacientes.

Certos de sua compreensão, atenção e aguardando resposta que o caso requer, aproveitamos o ensejo para externar nosso apreço e alta consideração (Ofício 019, 06/02/1986).

Este ofício, de caráter complementar ao anterior, destaca inicialmente que muitos pacientes eram encaminhados mais por questões de pobreza (populações carentes) que por sofrimento mental e que não tinham mais necessidade de ficarem internados, tornando as condições da instituição mais difíceis para a organização. Por isso mesmo, uma das premissas do ofício foi tentar estruturar uma nova forma de relação no modo como a polícia operava no encaminhamento dos pacientes. Uma das queixas é justamente a forma como eram, na época, encaminhados os pacientes, sem quaisquer informações, sem que se tivesse uma comunicação prévia com a instituição asilar. Daí a tentativa de encaminhar um documento juntamente com os pacientes, isto é, o documento de ocorrência. Outro aspecto que se deve considerar é que o Pronto Socorro era o primeiro destino das pacientes. Então, o caminho era: o Pronto Socorro, depois o ambulatório, construído em uma parte do Pronto Socorro, passando, na sequência, a existir o Hospital-Dia, criado em 1987. Depois disso, o paciente seria encaminhado para uma internação, quando fosse o caso.

Foi a partir de 1987 que se evidenciou as mais efetivas transformações no *Aduino Botelho de Goiânia*, entre elas reformas estruturais e na concepção de como operar com as pessoas internadas, tornando suas vidas um pouco mais movimentadas e dinâmicas. Nesse

contexto, a coordenadora da Saúde Mental em Goiânia, Vera Lúcia Cardoso, em entrevista já citada nesta pesquisa, destaca quais eram as principais demandas e o que foi feito:

Os pacientes o tempo todo com aquela imagem muito antiga de pacientes com aqueles pijamas, os homens com aqueles pijamas largos, alguns segurando o tempo inteiro a calça na cintura, porque o elástico não funcionava mais e a calça ficava caindo. As mulheres com um vestido amplo, grandão sem calcinha. A gente via elas agachando no meio do pátio para fazer xixi, banho coletivo, banho coletivo. Assim... olha eu nunca tinha visto um banho coletivo de encostar todo mundo na parede e pegar uma mangueira e lavar igual bicho. O hospital Adauto Botelho era uma representação do que há de pior em termos de Hospital Psiquiátrico antigo. Ociosidade total, não tinha nada para fazer, aquela situação crônica. Pessoas lá, internadas há 20 Anos 30 anos, uma cronicidade total. Tinha o pronto-socorro na frente para Emergência. A gente começou a tentar mexer no Adauto Botelho, para ele se tornar um hospital um pouquinho mais moderno. Mas ele era muito ruim, muito ruim. Era muito difícil fazer alguma coisa. Então, a gente conseguiu isolar uma enfermaria, que tinha como criar um acesso sem passar por dentro do hospital, acesso pelo lado de fora, conseguiu reformar essa enfermaria e criamos ali um hospital-dia. Capacitamos uma equipe para trabalhar no hospital dia, trouxe gente de São Paulo, do Rio de Janeiro também para capacitar uma equipe, como trabalhar com o hospital dia. Ali foi criado esse hospital dia (Cardoso, 2023, p. 4).

Não obstante as condições de internação, os problemas e o tempo de internamento, questões que já mencionamos, colocam em evidência as medidas que foram tomadas para tornar, como diz a entrevistada, o “hospital um pouco mais moderno”. A primeira ação, foi transformar uma das enfermarias em um Hospital-Dia, que é uma modalidade para internação parcial dos pacientes. Além disso, teriam sido dadas as condições para que os profissionais pudessem se adequar àquele novo dispositivo. Também foram realizadas obras em toda a instituição, com o intuito de melhorar as condições que ainda se encontravam em situação de precariedade. “Foi gasto um dinheiro enorme para tentar recuperar. Recuperaram-se todos os banheiros, todos os pavilhões, com chuveiro, com vaso sanitário funcionando. E nessas grandes enfermarias de cada Pavilhão, que tinham 20, 30, 40 camas [...]” (Cardoso, 2023, p. 5). Essa mudança visava dar um pouco mais de privacidades, de individualidade, pois, dadas as condições da instituição, “[...] o que foi possível fazer para dar um mínimo de individualidade, a gente reduziu um pouco a quantidade de camas para atender, inclusive, o padrão exigido pelo Ministério da Saúde, que não era cumprido, era uma caminha encostada na outra” (Cardoso, 2023, p. 5). Ainda do ponto de vista estrutural e sobre a reorganização das enfermarias: “Foram construídas muretas de mais ou menos 1 metro de altura dividindo as camas, para que cada paciente tivesse um mínimo de um espaço individualizado. Foi a única coisa que foi possível fazer, porque não tinha como reduzir aquela quantidade de doentes” (Cardoso, 2023, p. 5).

Esse conjunto propostas e ações se alinhava com a *PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA NOVA REPÚBLICA*, de 1985, que além de prever a primazia no atendimento ambulatorial, observava no seu décimo primeiro (11º) objetivo, uma nova política terapêutica que consistia em: “Reorientar as atividades terapêuticas de modo a adotar a psicoterapia e a socioterapia, em suas diversas formas, como os tratamentos preferenciais em saúde mental. Os outros meios terapêuticos não devem ultrapassar os limites de intervenção tática” (PROPOSTA DE POLÍTICA..., 1985, p. 10).

Essa proposta trazia uma série de outras condições, tais como a criação de programas de reabilitação, novas formas de organização da vida hospitalar, a descentralização, a mudança nas formas de internamento. No caso de Goiás, o documento que tentará consolidar não só esse ideário da Nova República, mas o conjunto de ações e reivindicações que aconteciam no Estado, virá à luz em 1987. O *PLANO DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DE GOIÂNIA* tem como um dos itens de sua política geral: “9. Promover a humanização do hospital psiquiátrico, como parte de um processo de transformação do modelo custodial; 10. Implantação de fato do trabalho em equipe multiprofissional com atuação terapêutica e supervisão regular do trabalho desenvolvido” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 8). Além desses elementos que discutimos até aqui, o documento também observa a necessidade de se estabelecer outra forma de lidar com os pacientes, especialmente com a questão do ócio: “11. Lidar com a questão do ócio, do abandono do paciente internado por meio de propostas de Terapia Ocupacional, socioterapia, oficinas de trabalho, Grupos Operativos, desde que utilizados numa perspectiva terapêutica e não meramente ocupacional” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 8).

Nesses termos, seria fundamental levar a cabo a transformação do manicômio em um hospital, não um hospital para centralizar todos os serviços e sim um dispositivo terciário. O plano traz uma observação densa sobre essa questão:

O hospital constitui-se na referência terciária do projeto, deve ser a retaguarda para a internação de pacientes encaminhados dos outros níveis de atenção, principalmente ambulatorial e de emergências. O hospital deve passar por um processo complexo de profundas transformações. De lugar tradicionalmente central do tratamento psiquiátrico (e teoricamente espaço de cura “mais nobre” onde se realizaria a “verdadeira” psiquiatria) deve passar a ser o nível terciário de um todo mais amplo, ou seja, deixar de ser o centro gravitacional, para ser apenas mais um lugar de cura entre outros (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 24).

Observa-se que esse plano traz uma posição muito objetiva acerca do lugar da instituição no novo ordenamento projetado. No entanto, para que esse lugar fosse possível era necessária

inicialmente a transformação da instituição. E para isso alguns caminhos foram traçados concernentes às transformações terapêuticas e relativas ao bem-estar dos pacientes. No primeiro nível, quanto às ações terapêuticas, projetava-se: “A – Consultórios (03) para o atendimento dos pacientes internados pelo médico (psiquiatra e clínico), psicólogo, assistente social e enfermeiro” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 16). Era preciso também uma “B. Sala para atendimento de Terapia Ocupacional, sala para o atendimento em grupo de pacientes, reuniões multiprofissionais e as atividades praxiterapicas” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 16). A necessidade desses espaços impunha a possibilidade de reformas no asilo: “C. Reforma dos espaços atualmente ocupados pela cozinha, distribuição, copa e despensas, adequando-os para a Diretoria e Secretaria, que liberarão espaços para 02 consultórios para o atendimento ambulatorial” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 16). E por último: “D. Construção de uma lavanderia e rouparia para a higienização do vestuário e guarnições de cama, mesa e banho dos pacientes” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 16).

Ainda no contexto deste plano, eram previstas mudanças em relação aos pacientes, ou melhor, ao bem-estar dos pacientes: “A. Refeitório: construção de um refeitório para pacientes internados na unidade de emergência (40 leitos). B. Cozinha: construção de uma cozinha adequada e próxima do refeitório [...]” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 17). E mais, deveria ser construídos lavabos: “[...] construção de lavabos próximos ao refeitório, consultórios e sala de atividades praxiterápicas, evitando o deslocamento de pacientes para o pavilhão das enfermarias” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 17). E finalmente, a construção de uma enfermaria feminina mais adequada: “[...] em decorrência das reformas a serem realizadas haverá a necessidade de se construir uma enfermaria para substituir a enfermaria que será utilizada como área de estar e de acesso ao bloco do refeitório e cozinha” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 17).

Essas medidas eram necessárias para se modificar o panorama da instituição, que era a única no estado. A urgência se apresentava justamente porque a história era de um “[...] hospital crônico e cronicante com um número de pacientes que lá estavam por longa data, mantendo inclusive um número razoável de ‘pacientes-moradores’, muitos já sem referência familiar e social” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 24). Essas mudanças tinham como objetivo principalmente a redução do número de leitos e de pacientes. “O Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho conta oficialmente com 475 leitos, sendo que há 325 leitos funcionantes” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 24). Segundo o documento, a partir dos cálculos realizados pela Coordenação de Saúde Mental, o espaço físico comportaria 255 leitos. “Como a taxa de ocupação durante o ano de 1986 foi de 322,2 leitos, propõe a redução oficial para 255,

mantendo-se 70 leitos extras” (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 24). Nessa seara, o resultado esperado a partir das mudanças planejadas:

Pensa-se tentar um trabalho descronificante e de democratização do hospital, a partir de reuniões e discussões acerca dos caminhos a seguir, buscando que as decisões sejam amplamente discutidas e assumidas pelos profissionais que lá trabalham. Espera-se extinguir gradativamente os 70 leitos extras, a fim de que o hospital funcione de acordo com sua capacidade. Algumas necessidades imediatas se fazem prementes para que se possa retomar a função terapêutica do hospital psiquiátrico, prevenindo-se de fato a cronificação e podendo-se promover propostas de reabilitação (Plano de Ações Integradas..., 1987, p. 24-25).

Nota-se, portanto, que as necessidades de mudança tanto na perspectiva, na concepção quanto na prática e na estrutura do manicômio estavam na ordem do dia, pois, tudo era urgente. De maneira especial, por mais demoradas e lentas, algumas ações foram realizadas, mesmo diante das contradições enfrentadas tanto na instituição quanto no interior do governo. O *Jornal da Saúde* de 1989 traz uma reportagem de uma página inteira sobre as melhorias estruturais que estavam ocorrendo no *Adauto Botelho de Goiânia* desde 1987, início da gestão do então Governador Henrique Santillo e da equipe coordenada por Vera Lúcia Cardoso. Segundo a matéria: “A partir de 1987 toda a estrutura clínica e física da unidade sofreu uma completa reformulação para proporcionar um tratamento digno aos internos. O número de leitos foi reduzido para obedecer aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde” (*Jornal da Saúde*, 12/1989, p. 20). Tendo isso em vista, uma das primeiras ações foi reduzir o número de leitos: “Dos 425 leitos instalados em beliches e até em colchões espalhados pelo chão, ficaram apenas 280” (*Jornal da Saúde*, 12/1989, p. 20).

Além disso, também foram reformados outros espaços, como a cozinha: “Cozinhas e banheiros fechados ou com funcionamento precário, obrigavam os internos a uma situação indigna de vida e prejudicavam o tratamento dos pacientes” (*Jornal da Saúde*, 12/1989, p. 20). Para mudar essa situação “Uma ampla reforma nas instalações físicas do Hospital melhorou os serviços e proporcionou uma assistência mais eficaz aos doentes mentais. Hoje a cozinha industrial do Adauto Botelho fornece refeições até para outros hospitais” (*Jornal da Saúde*, 12/1989, p. 20). Observe-se a seguir a imagem da cozinha, tirada entre os anos de 1987 e 1989:

Figura 16: Cozinha do Aduito Botelho de Goiânia após reforma (1988).



Fonte: Arquivo Pessoal Vera Lúcia Cardoso (1988)

Como se pode observar, a cozinha aparenta estar em boas condições e com mobiliários mais adequados, condição que possibilitaria o manuseio mais cuidado e mais eficaz, propiciando segurança a quem produzia os alimentos quanto também propiciaria uma alimentação mais saudável e higiênica. Do mesmo modo, ainda no campo da alimentação, com as mudanças incluindo a concepção, os internados passaram a ter outro tratamento. Antes das mudanças a alimentação era por si mesmo um momento de exclusão, de estigma. Como destaca a ex-coordenadora de Saúde Mental Vera Lucia Cardoso: *“No horário de almoço, cada um recebia um prato de metal com a comida, não podia ter garfo e faca, por causa daquela fantasia de que: ‘ah, não! eles vão se matar se der garfo e faca’”* (Cardoso, 2023, p. 4). Diante de todas essas produções sociais as pessoas internadas se alimentavam de uma maneira que aos olhos dos funcionários fosse mais segura: *“Então eles se sentavam no chão, no pátio, sentados no chão e comendo com a mão, a comida que vinha”* (Cardoso, 2023, p. 4). A foto a seguir aponta para mudanças:

Figura 17: Mulheres na enfermaria no *Adauto Botelho de Goiânia*.



Fonte: Arquivo Pessoal Vera Lúcia Cardoso (1988)

Além das roupas, observa-se que os pacientes estão em um espaço com camas individuais, mesmo com alguns beliches, contudo, o principal destaque é a paciente se alimentando com uma colher e não mais com as mãos. Por menores e mais simples que fossem, essas mudanças, em tese, davam uma nova perspectiva para a instituição, a ponto de possibilitar que outras ações, agora mais voltadas para a terapia, pudessem ser realizadas.

Fizemos uma tentativa de criar algumas atividades... não tinha. Eu sou terapeuta ocupacional, mas, na época, não havia terapeutas ocupacionais aqui em Goiânia. A gente criou realmente uma estrutura de lazer, mesmo lá dentro, para criar um mínimo de propostas de atividades para essas pessoas que estavam lá abandonadas. A gente conseguiu um grupo, um convênio, não me lembro, uma parceria com a faculdade de educação física, que começou a mandar estudantes de educação física para fazer ginástica, jogos nos pátios, com as pessoas. Conseguimos voluntários mesmo, assim, que trabalhavam com dança, com música, pintura, com desenho. Criamos lá no fundão dos pavilhões, onde havia umas alas, umas salas grandes, e a gente também reformou e transformou em oficinas de lazer mesmo. E lá tinham atividades de música, de dança, de pintura, de desenho. Levavam-se grupos de 10, 15 doentes para lá, a cada hora, para fazer essas atividades (Cardoso, 2023, p. 5).

Essas oficinas começaram a ser realizadas entre 1987 e 1989, período em que foram realizadas as principais reformas na instituição. As oficinas marcaram, portanto, o início de uma nova perspectiva, de uma nova postura em relação ao atendimento, que, aliada às reformas no manicômio, poderiam possibilitar a transformação na instituição. Essas oficinas tinham como

base aquilo que era considerado mais moderno em termos de saúde mental no período. Além disso, tais oficinas respondiam a uma série de reivindicações nacionais, como destacamos no primeiro capítulo desta tese. A seguir uma foto sobre uma dessas oficinas:

Figura 18: Oficina de teatro



Fonte: Arquivo Pessoal Vera Lúcia Cardoso (1988)

Esta foto registra uma oficina de teatro, desenvolvida por uma atriz, que desenvolvia atividades voluntariamente na instituição. Trata-se de um momento no qual os pacientes eram envolvidos em uma atividade lúdica, dinâmica e divertida na qual eles podiam se expressar utilizando brinquedos e outros objetos. Essas sutis modificações ocorriam, segundo a notícia do *Jornal da Saúde*, justamente porque

Foi implantado pela primeira vez em Goiás um programa de saúde mental baseado nas modernas concepções da psiquiatria e da psicologia. Os internamentos e transferências de funcionários por razões políticas acabaram, o que, conseqüentemente, elevou a qualidade da assistência aos doentes [...]. Médicos, enfermeiros e pessoal administrativo receberam treinamento para se adequar à nova realidade [...]. O tratamento também foi reformulado. Os pacientes passaram a dormir em suas próprias casas para envolver a família no processo de recuperação do doente. A laborterapia foi incluída entre as atividades dos internos, com instalação de pequenas oficinas e, através de um convênio com a secretaria de cultura, são realizadas sessões de pintura, escultura e outras atividades artísticas (*Jornal da Saúde*, 12/1989).

Importante dizer que tais ações não ficaram somente nas promessas. Pelo que se viu até aqui, pelas imagens apresentadas e outras que não foram utilizadas nesta problematização, muitas ações foram efetivamente realizadas. Entre elas as rodas de capoeira, a presença de bandas musicais no interior da instituição, de duplas de música caipira. Essas ações não representavam a mudança total da instituição. Porém, diante da gravidade do que se vivenciou nos últimos anos, mitigar os problemas alimentava uma certa esperança das pessoas envolvidas diretamente com a instituição. Sobre as oficinas e outras atividades, as imagens a seguir, retiradas de um filme inédito, produzido pela Secretaria de Saúde, entre os anos de 1988 e 1989, mostram momentos que essas atividades ocorriam.

Figura 19: Mosaico com oficinas e atividades desenvolvidas no Adauto Botelho de Goiânia.



Fonte: filmagem original, 1988.

Esse mosaico de imagens retiradas da filmagem realizada pela Secretaria de Saúde, mostra que as tentativas da chamada humanização do *Adauto Botelho de Goiânia* estavam ocorrendo. Pode-se observar nas imagens de 31 de agosto, a visita da banda militar, com apresentações para os internados; na imagem de 22 de dezembro uma apresentação de uma roda de capoeira. Na imagem de 8 de novembro, observa-se a oficina de desenho, na qual uma das pacientes começa a escrever uma carta para a tia. Em seguida duas imagens do dia 26 de outubro de 1988, na qual os pacientes participam das oficinas de expressão corporal.

Uma síntese dessas mudanças, pode ser lida em um documento, espécie de livreto ou apostila, de 1991, que apresenta dados os quais refletiam as mudanças realizadas nos anos anteriores. Isso apontava para uma perspectiva de efetivação dessas melhorias, obviamente dentro dos limites impostos pelas condições sociais e estruturais. Segundo o documento, a partir de 1987 os novos critérios técnicos adotados pela Coordenação de saúde mental “[...] objetivavam possibilitar a reversão da tendência hospitalocêntrica, sugerindo-se a não construção de novos leitos psiquiátricos na Capital, bem como uma distribuição criteriosa dos mesmos para o interior” (A Saúde em Goiás, 1991, p. 58), com a finalidade de se evitar ou controlar “[...] as internações desnecessárias, e priorizando as formas alternativas de atendimentos, concretizado na criação do Hospital-Dia” (A Saúde em Goiás, 1991, p. 58). O processo de ampliação da rede psiquiátrica para além do asilo se consolidava: “No momento, todas as Unidades da rede pública, tanto na área ambulatorial, quanto na área hospitalar contam com o serviço de saúde mental” (A Saúde em Goiás, 1991, p. 59). Essa ampliação possibilitou, segundo o documento: “A inserção dos serviços [...] de forma gradual e contínua ao nível ambulatorial, sendo que, no ano de 1990 foi possível iniciar a expansão deste para o interior” (A Saúde em Goiás, 1991, p. 59).

O documento traz ainda mais aspectos dos investimentos e práticas: “Foi investido recursos nas obras de reforma do Hospital Psiqu. Prof. Adauto Botelho e do Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, onde, toda a estrutura clínica e física das unidades sofreu uma completa reformulação para proporcionar um tratamento digno aos internos” (A Saúde em Goiás, 1991, p. 59). Segundo o documento, como catalisador dessa humanidade e dignidade o principal dispositivo era o Hospital-Dia, pois, “No Hospital-Dia os pacientes já passaram a dormir em suas próprias casas para envolver a família no processo de recuperação do doente. A laborterapia foi incluída entre as atividades dos internos, com instalação de pequenas oficinas” (A Saúde em Goiás, 1991, p. 59). Diante desse processo de descentralização das internações e do novo modo de organização da saúde mental no estado, o documento destaca uma diminuição sistemática de 1600 internações em 1987 para pouco mais de 800 em 1990, no

pronto socorro Wassily Chuc. O número de altas, no entanto, oscila entre pouco mais de 800 e 500. No que diz respeito ao *Adauto Botelho de Goiânia*, os números de internações diminuíram de pouco mais de 40 em 1987 para quase 30 internações mensais, em 1990 (A Saúde em Goiás, 1991).

Essas transformações ocorreram especialmente a partir da segunda metade da década de 1980, embora importantes, não foram suficientes no sentido de manterem uma continuidade desse projeto de descentralização e humanização. A falta de continuidade pode ser lida a partir de uma matéria do jornal *O Popular*, de 1994, que destaca um repasse de 110 milhões de cruzeiros para obras na instituição. Deve-se observar que o responsável pelo repasse era o então Ministro da Saúde Henrique Santillo, que teria sido um dos incentivadores das transformações do manicômio enquanto era Governador do Estado. Em síntese, a matéria destaca que esse repasse seria realizado tendo em vista a necessidade de reformas na instituição, mesmo depois das mudanças que teriam ocorrido nos anos anteriores. “Na oportunidade, o ministro visitou as enfermarias e constatou mais uma vez as precárias condições em que atualmente sobrevivem os 214 internos” (O Popular, 16/04/1994, p. 5). O jornal destaca ainda a explicação sobre as condições da instituição:

Por não ter passado por uma ampla reforma física, onde seria enquadrado nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a acomodação do paciente psiquiátrico, o Hospital Adauto Botelho [...] deixou de receber no último dia 1º os recursos provenientes das Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs). Os CR\$ 110 milhões repassados ontem só foram possíveis graças ao termo aditivo a um convênio já firmado entre a Secretário do Estado da saúde e Meio Ambiente e o Ministério da Saúde. Durante a visita, Henrique Santillo acentuou que acredita que a reforma será feita pelo Estado nos próximos quatro meses, conforme estabelece a portaria do MS, e em virtude disso o Adauto Botelho não fechará as suas portas (O Popular, 16/04/1994, p. 5).

Esta é uma das últimas notícias que se tem sobre investimentos no *Adauto Botelho de Goiânia*, ainda assim um investimento que o manteria em funcionamento apenas por quatro meses. Esperava-se que, a partir do investimento, o Estado tivesse um prazo adicional para iniciar as reformas para evitar o fechamento da instituição.

Como se pode observar, o *Adauto Botelho de Goiânia* passou por tentativas de reorganização e de mudança nas condições estruturais e de concepção. Ainda assim, essas mudanças que existiram, mesmo tímidas, não teriam sido suficientes para, em primeiro lugar, transformar as condições de vida das pessoas internadas. E, como se sabe, não foram suficientes para manter a instituição funcionando. De todo modo, o que a análise deste capítulo nos mostra é que muitas ações foram realizadas para transformar o manicômio em um hospital. Esse desejo

foi observado em boa parte dos documentos aqui apresentados. O movimento engajou muitas pessoas, as quais, ao que parece, realmente acreditavam no projeto e trabalhavam para isso. As transformações ocorreram, obteve-se alguma melhora, embora a estrutura continuasse a ser atravessada pelos traumas e o sofrimento das pessoas que estiveram ali internadas, algumas durante toda a sua vida. Nesse contexto se observa que mudanças e melhorias estruturais não transformam uma instituição manicomial em outra coisa. Como já dissemos no capítulo 1, a partir da provocação de Castel, Zeus transformado em bovino, continua sendo Zeus, em linguagem direta, reformas e paliativos não transformam a instituição manicomial em outra coisa. Transformar em hospital, no sentido apresentado pelos documentos, resolveria? O *Adauto Botelho de Goiânia* não teve tempo para nos ajudar a responder essa questão. O próximo item desta tese mostra as nuances dos processos que levaram ao fechamento e à demolição da instituição.

5.3 Impasses acerca da desativação e da demolição

Como se destacou no capítulo anterior, à medida em que um certo número de contestações ia sendo constituído, sobre as condições do *Adauto Botelho de Goiânia*, as propostas de mudanças e de venda do terreno começaram a figurar nos jornais, muito comumente relacionados aos secretários e autoridades políticas do período. Foi no bojo dessas denúncias, noticiadas inicialmente a partir de 1983, que começaram os primeiros rumores de possibilidade de se mudar a instituição de lugar e construir um novo manicômio, uma nova colônia em um outro lugar, mais “adequado”, uma vez que, como já mostramos, a área da instituição foi gradativamente sendo distribuída para outras instituições do Estado. Para compreendermos o fechamento da instituição precisamos fazer uma digressão ao início da década de 1980, quando os jornais do período mostravam que fechar a instituição já seria uma possibilidade naquele período.

Nas matérias que analisamos no capítulo anterior, vimos que durante o ano de 1983 muitas contestações vieram a público no sentido de apresentar a própria existência da instituição e mesmo sua localização como problemas. No trecho da matéria a seguir observa-se que uma das propostas para a melhoria das condições da instituição seria justamente a mudança da instituição para outro lugar e a venda do local.

Hospital é depósito de loucos

A venda do terreno onde está localizado o Hospital Psiquiátrico “Adauto Botelho”, o único existente em Goiás, é a solução que a diretoria encontrou para salvar a

instituição, que se encontra há vários anos totalmente deficitária. Não existem verbas suficientes para a sua manutenção, falta pessoal, roupas, utensílios, as oficinas estão desativadas e os 422 pacientes internados atualmente, vivem segregados num prédio que está caindo aos pedaços. Para o deputado Idelfonso Avelar “aquilo ali é um depósito de seres humanos”. Por enquanto, a venda do terreno é apenas uma proposta da atual direção, que será levada ao secretário de Saúde e ao governador Iris Rezende, mas já conta com o apoio da comissão que está examinando os problemas do “Adauto Botelho” e discutindo a saúde mental em Goiás. Como o Hospital está localizado numa área bastante valorizada, a ideia de vender o terreno e, com os recursos obtidos, construir um novo hospital numa área mais ampla e em local mais adequado (Correio Braziliense, 5/06/1983, p. 18).

Este primeiro grifo sublinha um ponto importante, ao que parece, a primeira menção pública sobre uma possível venda da área do asilo. Mais ainda, já se observa também que o terreno estaria em local já valorizado, valor que aumentaria ainda mais com os anos. Veja-se ainda que a ideia seria a construção de uma nova instituição em novo lugar, ao que tudo indica mais afastado do centro da cidade, o que, como veremos, sequer aconteceu.

Entre 1983 e o final da década de 1980 não se encontrou denúncias além das já apresentadas nos capítulos anteriores. E as notícias apresentadas também tratavam das transformações que estavam ocorrendo na instituição, como se observou no item anterior. Não significa deixar de dizer que os problemas não existiam, apenas de se destacar as ações que estavam ocorrendo. Ou ainda notícias curiosas, como a que envolve uma paciente que estava na fila para votar.

Mas, enquanto o eleitor corria atrás do título de eleitor de um lado, por outro, um fato chamou a atenção das pessoas. Uma interna do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, que estava completamente nua, conseguiu entrar no parque e sentar-se numa mureta ao lado de uma grande fila de eleitores. Ninguém soube contar como a interna conseguiu entrar no parque. A polícia acredita que ela tenha fugido do hospital, que fica próximo ao parque de exposição. Sem assustá-la, os policiais conseguiram levar a mulher nua para o prédio da administração do parque até que uma viatura da polícia militar pudesse levá-la de volta ao Adauto Botelho (Correio Braziliense, 07/10/1986, p. 2)

Foi justamente no final do Governo de Henrique Santillo (1987-1991) e no início do governo de Iris Rezende (1991-1994), que os caminhos para o fim da instituição começaram a ser desenhados. Segundo o ex-diretor do *Adauto Botelho de Goiânia*, ao final do governo de Iris Rezende (1983-1986), já havia uma proposta para mudar o manicômio de lugar. Para que isso ocorresse, o terreno da instituição seria destinado a outras instituições estaduais e um novo local, à época mais afastado, para a nova construção seria encontrado. Comentando a apresentação da proposta realizada pelo secretário de saúde, lê-se o seguinte: “*O Estado está interessado naquela área lá. Nós vamos ter que tirar aquele hospital de lá. Eu falei. Vocês não*

podem tirar aquele hospital de lá, porque aquele hospital tem 7 mil metros quadrados de construção” (Silva, 2022, p. 10). Em seguida, o secretário argumenta:

Não, vem cá, disse ele, esse hospital funcionou muito bem com o Dr. Samir, porque esse pessoal é tudo de origem rural. Eu te dou a área do HDT com mais cinco alqueires, você vai poder fazer lá como o Samir fez, você vai ter dinheiro para poder fazer o que você quiser. Mas o hospital precisa sair dali o Estado precisa de colocar o BEG ali, precisa de colocar ali a cavalaria, nós não temos outro lugar em que o pessoal fica centralizado, ele disse (Silva, 2022, p. 10).

Assim sendo, o então diretor observou que essa proposta, por mais que não fosse a melhor, seria ainda mais viável do que o fim da instituição sem que qualquer outra fosse construída como substitutiva. Nesse sentido, ele destaca que a sua equipe, no contexto dos fortes movimentos de luta antimanicomial que se organizavam em Goiânia, resolveu não aceitar a proposta do secretário. *“Ou seja, colocar o hospital lá onde está o HDT hoje era simplesmente pôr o paciente no meio do mato, que assim ninguém o veria, e naquela época o hospital, os doentes estavam bem no centro de Goiânia”* (Silva, 2022, p. 10). Nota-se que, mesmo indiretamente, o governo pretendia tirar o manicômio da paisagem central e deslocá-lo para um lugar afastado, longe da visão das pessoas, numa perspectiva de limpeza social. Ainda segundo o ex-diretor, essa proposta de transferência teria sido interrompida, assim que a nova equipe da coordenação de Saúde Mental, sob liderança de Vera Lúcia Cardoso, assumiu a pasta. *“O fato é que a Vera não deixou acontecer a transferência, a mudança. Entrou o Santillo e o Santillo não deixou acontecer”* (Silva, 2022, p. 10). Foi nesse contexto que muitas mudanças ocorreram na instituição, como mostramos no item anterior. De todo modo, todo aquele espaço, todo o terreno estava sob ataque.

A crise também se instalou já nos dois últimos anos do governo Santillo, no qual as próprias disputas internas acabaram por atrasar as melhorias na instituição. Como destaca uma enfermeira que trabalhou no manicômio, Virginia Novaes, na segunda metade do governo Henrique Santillo, isto é, por volta de 1989, mesmo com as mudanças ocorrendo não só no manicômio, mas sim em toda a rede de saúde mental do Estado, certos interesses acabavam prevalecendo. Entre esses estavam justamente o das clínicas particulares, que enriqueceram com o dinheiro do SUS. São as palavras da enfermeira sobre o processo que levou o governo a derrotas na política de saúde mental do Estado.

Mas, foi assim, eu acho que foi um trabalho que dava pano para manga, a gente tinha que lutar, mas tinha um pouco de resposta, pouca, mas tinha. Essa porta de entrada ser fechada, ou ser pelo menos filtrada, já era um grande avanço. Aí, no que nós fomos olhar as outras unidades que tinha convênio com o SUS, aí o bicho pegou, porque, evidentemente, era o dinheiro do SUS né, sendo consumido por unidades

particulares, por clínicas particulares, e aí não queriam nem que a gente entrasse e muito menos que entrasse e fizesse relatório. Então, em uma foi passando, na segunda foi passando, que eram as menos piores, quando a gente tentava entrar em um lugar que chamava Pronto Socorro, eu não vou dar o nome, mas era um Pronto Socorro que tinha em Goiânia também, pertencia a uma clínica particular que hoje é grande, que hoje existe, que é uma potência, e que cresceu muito às custas do SUS. É uma clínica particular e continua tendo convênio com o SUS. Mas, nós encontramos lá situação pior que a do Adauto Botelho, só que pequena, uma unidade pequena, mas uma coisa inacreditável, indescritível e a gente ficou atônita, era uma equipe, estávamos uns cinco. E aí para encurtar a história e também não citar as coisas que a Vera não falou, nós perdemos a guerra, o governador não segurou, não deu conta de segurar a pressão que foi feita em cima dele, ele falou mais ou menos com essas palavras: “olha, eu fui derrotado” (Novaes, 2023, p. 5).

Dois aspectos merecem destaque no testemunho de Novaes. O primeiro é justamente a tarefa problemática que a equipe de saúde mental deveria enfrentar para fiscalizar as condições das clínicas psiquiátricas privadas, que deveriam ocorrer. O que se encontrava nessas clínicas era uma situação ainda mais grave do que se encontrava no manicômio. A questão é que, em tese, esse processo de privatização, de abertura dos leitos em clínicas privadas com financiamento público (segundo aspecto) era visto como uma maneira de melhorar as condições dos internados. Contudo, pelas palavras da enfermeira, não era o que ocorria, uma vez que a situação era de abandono, embora, como se pode deduzir, a lucratividade seria grande, tanto que ainda hoje uma dessas clínicas existe em Goiânia. A derrota supostamente sofrida pelo governo foi justamente no sentido de não poder mais continuar com as fiscalizações ou se continuasse deveria ser uma ação que omitisse as verdadeiras condições das clínicas privadas. Nesse contexto, a equipe que era responsável tanto pela fiscalização como pelos relatórios, foi desfeita e isso acabou afetando também os serviços que tinham como premissa a transformação do *Adauto Botelho de Goiânia*.

Ainda no contexto das controvérsias em torno do governo Santillo, um artigo d’*O Popular*, escrito por Vera Lúcia Cardoso, faz a seguinte problematização sobre os caminhos que tomava a gestão da saúde mental naquele momento. Comentando o projeto de lei que viria a se tornar a chamada lei Paulo Delgado, aprovada somente em 2001, Cardoso (1990) argumenta que não se trata de uma tarefa fácil, pois, além das questões financeiras, ou melhor, a falta de recursos, faltaria também uma mudança de cultura institucional. Ela exemplifica seu argumento a partir da situação do manicômio estadual:

A pressão para criar unidades para internação de drogados, assim como a substituição aleatória do diretor do Hospital Adauto Botelho – sem consultar o corpo técnico nem os responsáveis pela Coordenação do Programa de Saúde Mental do SUS - refletem o simplismo que reduz a visão de gerenciamento da saúde um mero cumprimento formal de horários [...] (Cardoso, 17/06/1990, não paginado).

Mais especificamente sobre as condições do *Adauto Botelho de Goiânia* e o *modus operandi* da gestão, matéria de *O Popular* de 29 de julho de 1990, intitulada *Mudança no Adauto dá protestos* traz uma abordagem mais dura ainda sobre a situação. Trata-se de uma carta que foi enviada ao governador por Vera Lúcia Cardoso e Virginia Novaes, “[...] dizendo que o Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho, cujas imagens já foram usadas como exemplo que democracia hoje se tornou ‘exemplo vivo de retaliação, autoritarismo, populismo, eugenia e repressão’” (*O Popular*, 29/07/1990, p. 21). Deve-se observar que, nesse ponto, há articulação de cinco conceitos que, apesar das interpretações possíveis, apresentam um caráter demasiadamente crítico ao governo, mas, também à instituição. Pelo que se sabe, a retaliação se trata do modo como, em determinados momentos, a instituição servia como forma de castigar, de punir servidores que não eram bem-vistos pelos gestores, questão que também ocorria há muito tempo na instituição.

Muitas vezes a gente tentava conversar com as equipes de poucas pessoas, umas equipes muito antigas também. Elas tinham uma visão, uma construção simbólica e imaginária em torno do Adauto Botelho, que trabalhar no Adauto Botelho era castigo para funcionário ruim. Então, todas as estruturas de saúde da Secretaria da Saúde que tivessem um funcionário que ninguém queria, a última opção era mandar ele para o Adauto Botelho, era castigo mesmo. Ou você vai para o Adauto Botelho ou você pede demissão (Cardoso, 20223, p. 4-5)

O autoritarismo, nesse caso, se efetivaria por meio de decisões monocráticas quanto às mudanças de direção sem qualquer tipo de consulta às pessoas envolvidas. Populismo, talvez o conceito de maior polifonia, parece ser usado como uma espécie de propaganda utilizando reformas que foram iniciadas na instituição, porém não continuadas. Eugenia, noção muito debatida no segundo capítulo desta tese, aponta para uma hierarquia quanto às pessoas que eram internadas, fundamentalmente pessoas pretas e pobres, e todas as outras tidas como rebeldes, num processo de limpeza social.

Eugenia aparece aqui no sentido mais amplo, como vimos no segundo capítulo a partir de Stern (2016), uso que se observa principalmente a partir da década de 1980, que tem a ver não somente com a questão da raça, mas, como uma forma de gestão da vida de todo tipo de raça que é considerado inferior pelos grupos dominantes¹¹⁷. O último conceito, repressão, pode ser entendido no sentido de reprimir os servidores, como também se referindo a uma mudança

¹¹⁷ Sobre isso o já citado texto de Stern (2016) é decisivo, especialmente no sentido de compreender a eugenia como um dispositivo biopolítico. Herminio Martins (2012), no livro *Experimentum Humanum* também faz uma abordagem destacando como a eugenia foi se sofisticando, mudando de nome e cada vez mais se aproximando das pesquisas genéticas.

no sentido que se foi construindo com os avanços que redundaram nas propostas do SUS no contexto da saúde mental. A própria matéria mostra que houve uma mudança de concepção, que apontou para a repressão das pessoas internadas. Segundo a matéria, existiu uma crítica em relação a mudança de direção da instituição, da mesma maneira que houve sobre a desestruturação do projeto de saúde mental do SUS. “Em determinado trecho, a carta chega a dizer que o atual diretor do Adauto Botelho, Roberto Machado, substituiu o lema ‘a liberdade é terapêutica’, pela tese de que ‘precisamos manter a ordem, por isso os pacientes devem ser trancados nas enfermarias’” (O Popular, 29/07/1990, p. 21).

O restante da matéria que destaca a denúncia sublinha que muitas outras ações e projetos teriam sido desarticulados o que consolidaria essa noção de repressão aos internados: “Mais adiante, informa que as oficinas de arte, música, pintura, dança e os shows mensais promovidos pela secretaria de cultura [...] foram considerados ‘bobagem’ e suspensos pois ‘não dão retorno com pacientes crônicos’” (O Popular, 29/07/1990, p. 21). A defesa do secretário e do diretor apontam, ao contrário da denúncia, para uma posição de manutenção das ações que vinham sendo realizadas durante o governo Santillo. O fato é que dois grupos do governo, ao que consta, com pensamentos divergentes a respeito da saúde mental, estavam em descompasso público.

Aliado a todo esse cenário, estavam cada vez mais manifestos e reforçados os interesses financeiros e imobiliários naquele terreno que passou a ser alvo de especulação, acirrada no contexto dos governos seguintes.

Quando mudou o governo e saiu o governador Santillo e entrou o outro Governador [Iris Rezende, MDB, 1991-1994] houve um movimento. A área ali do Adauto Botelho foi se tornando gradativamente uma área valiosa em termos de especulação imobiliária. E aí começou a ter alguns movimentos em torno de desocupar o Adauto Botelho, não por uma proposta antimanicomial, não por uma proposta de modernização. Por uma proposta de atender a especulação imobiliária (Cardoso, 2023, p. 6).

Deve-se observar que é justamente neste ponto onde há muitas peças a serem encaixadas, a serem apresentadas a fim de se montar este grande quebra-cabeças. O que há são as informações das pessoas que estavam envolvidas direta ou indiretamente na questão ou as notícias dos jornais que denunciavam alguns movimentos. Mas, é preciso recordar que, como mostramos no capítulo anterior, desde os primeiros anos da década de 1980 o terreno estava sendo cooptado por outros órgãos do Estado (SANEAGO, Cavalaria e outros) e que só mais tarde é que a venda da área teria sido realmente cogitada em função da especulação e da obscura, não dita, necessidade governamental de limpar uma área que se encontrava muito centralizada

em Goiânia. É nesse contexto que começam a surgir novamente as contestações ao manicômio, às condições precárias lá existentes.

Um dos casos que estiveram em cena durante esse período, mais especificamente no ano de 1992, foi o caso de Francisca, paciente do *Adauto Botelho de Goiânia* que teve seu braço amputado depois de um procedimento ou derivado de um procedimento no manicômio. O caso foi noticiado no jornal *Diário da Manhã*, de 1992, destacando que um inquérito teria sido instalado, para apurar a situação via Ministério Público:

O delegado ressaltou que foram enviadas ao Instituto Médico Legal 40 páginas de questionário que permitirão à Polícia saber, com detalhes, como foi aplicada uma injeção na veia de Francisca no Núcleo de Saúde Mental Professor Wassily Chuc, do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Uma injeção endovenosa de 20 miligramas de Glicose com 25% foi aplicada por volta de 20h do dia 9 passado, pelos enfermeiros Joselino Manoel da Silva e Eti Rosemare, uma vez que o médico Sidnei Santos constatou estado de catatonismo. Logo após a aplicação a paciente reclamou incessantemente de dores no braço, a própria Francisca conta que pediu várias vezes para colocarem compressas em seu braço, porém quando resolveram agir a água estava muito quente, o que fez só piorar a dor (*Diário da Manhã*, 1992, não paginado).

Depois disso Francisca foi encaminhada para o HUGO e posteriormente ao Hospital das Clínicas, onde foi realizada uma cirurgia e se observou que o braço todo estava necrosado. Nessas condições, diz a matéria, mesmo sem a família autorizar o braço de Francisca foi amputado. Após a cirurgia a paciente não queria, em hipótese nenhuma, voltar para o *Adauto Botelho de Goiânia*. Todo o inquérito foi feito e a indenização de Francisca foi liberada somente no ano de 2022.

Além das condições dos pacientes, da estrutura, outros interesses foram se conjugando para dar ao Estado elementos para poder atender às demandas da especulação imobiliária. Esse processo foi acompanhado de perto por parte dos jornais da época, bem como foi também evidenciado nas relações públicas entre as Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura. Essa relação remonta a 1992, ano no qual foi promulgada pelo governador de Iris Rezende, há uma lei de doação de um terreno vizinho ao Parque Agropecuário. “LEI Nº 11.879, DE 30 DE DEZEMBRO DE 1992. Dispõe sobre a doação que especifica e dá outras providências”.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, decreta e eu sanciono a seguinte lei: Art. 1º - Fica o Chefe do Poder Executivo autorizado a doar à Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura - SGPA a área resultante da incorporação, pelo Estado de Goiás, dos imóveis desapropriados entre o prolongamento das ruas 250, 5ª Avenida e Rua 257, dividindo com aquela já pertencente à mencionada entidade, assim como as benfeitorias ali construídas. Parágrafo único - A doação de que trata este artigo far-se-á com as cláusulas de inalienabilidade e reversão ao patrimônio do doador em caso de extinção ou dissolução da entidade donatária. Art. 2º - Uma vez efetivada a doação, a área doada não poderá ser utilizada para fins diversos dos

previstos no vigente estatuto da Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura, sendo facultada ao doador a utilização gratuita das instalações do Parque Agropecuário Dr. Pedro Ludovico Teixeira, para promoção em geral. Art. 3º - Incumbirá à Procuradoria-Geral do Estado adoção das medidas necessárias à efetivação da doação autorizada por esta lei.

Voltaremos a falar da SGPA nas próximas páginas. Nesse contexto, quanto à situação do manicômio da capital, uma reportagem de 1993 foi noticiado que a instituição poderia ser fechada, se investimentos não fossem feitos.

No dia 31 de dezembro próximo, vence o prazo de dois anos dado pelo Ministério da Saúde para que os hospitais psiquiátricos se adequem às novas normas de saúde mental, e o Hospital Aduino Botelho corre o risco de ser fechado porque ainda não realizou as mudanças exigidas, ficando, portanto, sem o repasse das verbas do Inamps a partir daquela data (O Popular, 12/11/1993 *apud* Paula, 2022, p.123).

No ano seguinte, 1994, outras notícias destacam as condições da instituição e a possibilidade de seu fechamento: “O hospital Aduino Botelho terá mais 120 dias para adequar-se às normas do Ministério da Saúde. Findo esse prazo, se não passar por mudanças técnicas, e não sofrer as reformas físicas necessárias será descredenciado e proibido de funcionar como hospital psiquiátrico (O Popular, 7/04/1994 *apud* Paula, 2022, p.123)”. Três dias depois saiu uma notícia observando que a instituição passaria por reformas e uma reestruturação completa: “Uma das primeiras coisas a serem feitas será a retirada das grades, implantação de jardins nos pátios e banheiros individuais para os pacientes” (O Popular, 10/04/1994 *apud* Paula, 2022, p.123).

Ainda nesse contexto, duas ocasiões apontam novamente que mesmo mediante tentativas de investimento, as denúncias sobre as condições da instituição foram sendo direcionadas para a desativação e demolição da instituição. Em documento citado por Barreto (2018, p. 81-82) pode-se observar aquilo que seria uma das últimas visitas para relatar as condições de funcionamento da instituição.

Nada poderá justificar o que foi visto por nós na visita que fizemos ao Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. Revoltante e desumano seria o mínimo que se poderia falar sobre aquele hospício. O que foi visto por nós, fere os nossos mais profundos sentimentos. Foi de uma violência e desumanidade inenarráveis, o que presenciamos. É inacreditável pensar-se que ainda possa existir um lugar como aquele lugar de degradação onde os mais elementares direitos do ser humano são violentados em todos os seus aspectos. As pessoas internadas ali são atingidas e violadas naquilo que lhes é mais íntimo, ou seja, em sua dignidade como ser humano. Não consegue entender como este hospício chegou a tal descalabro, e nenhuma providência tenha sido tomada, denunciemos este lugar como sendo o lugar de irracionalidade, da estupidez e da violência (Relatório de Usuários – Visita ao Hospício Professor Aduino Botelho, 10/12/1994).

A abordagem de indignação e perplexidade legítimas que traz o documento, não pode impedir o historiador ou pesquisador da questão de problematizar seu conteúdo. A violência e a produção da desumanidade são características básicas das instituições burguesas, é nesse contexto que se produz uma série de saberes para conter e disciplinar pessoas e grupos. Nesse sentido, tanto a violência como a mortificação (Goffman, 1974) do indivíduo não são processos irracionais, como o relatório quer mostrar. Ao contrário, fazem parte de um conjunto de racionalidades que compõem as sociedades organizadas sob a luz do capitalismo sob a sua perspectiva neoliberal. É tendo isso em mente que se pode observar, como se fez até aqui nesta tese, que é possível sim entender como a instituição chegou na condição denunciada. Não foi por acaso, foi o projeto que esteve de pé enquanto estivesse servindo aos interesses de certos grupos. Observemos a continuação do trecho do relatório analisado por Barreto (2018):

Contestamos veementemente, este tipo de tratamento, absolutamente incompatível com os mais mezinhos direitos da pessoa humana. É um espaço abandonado, imundo, com dejetos e fezes pelo chão, moscas e insetos por toda parte, onde existe ainda “cela forte”, como foi constatado nesta visita. Havia uma jovem mulher trancafiada e nua ali dentro, sem sanitários e num espaço exíguo. Pelo que deu para perceber não deve haver projeto terapêutico. O trabalho dos profissionais é feito sem nenhuma ordem ou regra de atendimento, é uma casa completamente desestruturada e estagnada. É preciso fazer alguma coisa. É bárbaro, é criminoso, é indecente, não é possível que estas pessoas que são responsáveis por este serviço não façam nada (Relatório de Usuários – Visita ao Hospício Professor Aduino Botelho, 10/12/1994)

Esta parte do relatório mostra que aqueles movimentos em torno de melhorias das condições iniciados na década de 1980 não resistiram à falta de investimentos e à dirigentes manicomiais. Notadamente, nas condições que a instituição que se encontrava, sob forte especulação, a história foi utilizada como artifício para sua contestação e seu fechamento. Nessas condições, diante desses interesses, havia de ter mesmo condições adequadas para os pacientes e para os profissionais? Havia de ter uma organização terapêutica adequada? O fato é que no ano seguinte, no mês de junho, com o aval da Procuradoria Geral do Estado, é noticiado que a instituição seria desativada:

A Secretaria Estadual de Saúde terá prazo de seis meses para desativação total do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho e construção de unidade de tratamento de saúde mental, de acordo com o estudo já existente na secretaria. Termo de ajuste de conduta, nesse sentido, será assinado pelo Procurador Geral de Justiça e o secretário de saúde [...] tendo em vista a conclusão do inquérito civil público sobre a situação do hospital, que o considerou sem condições (Termo de Ajuste..., 1995 *apud* Paula, 2022, p. 131).

Consoante com Guilarde e Ferreira (2005), embora houvesse promessas de mudanças, o que se evidenciou foi uma trama do governador em 1995. O jornal *A hora* teria denunciado

que o governador Maguito Vilela teria encaminhado à Assembleia um pedido para fazer o que fosse com a instituição. Naquela época, as negociações com a Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura teriam sido interrompidas, devido ao alto valor da área (Guilarde, Ferreira (2005). Pouco tempo depois as denúncias começam a ser concretizadas a partir de termos como esses e outras notícias que mostram que as pessoas internadas já estavam sendo encaminhadas para outras instituições não só de Goiânia, mas também de cidades próximas: “De acordo como o diretor do hospital, o Aduino Botelho tinha 203 pacientes internados” (O Popular 9/05/1995 *apud* Paula, 2022, p. 132). Diante do exíguo espaço de tempo do acordo realizado entre o Estado e o Ministério Público, os pacientes foram distribuídos:” [...] 50 pacientes foram encaminhados para asilos, 10 para a Vila São Cottolengo, em Trindade (GO), 20 para clínicas privadas. E alguns foram desenvolvidos para suas famílias” (O Popular 9/05/1995 *apud* Paula, 2022, p. 132). Além dessas instituições, muitas pessoas foram encaminhadas para o Sanatório de Jataí:

O Sanatório recebeu internos do hospital psiquiátrico Aduino Botelho de Goiânia que estava sendo desativado. O governador do estado nesse período era genro de um dos gestores da Sociedade, facilitando um acordo para que os internos do Aduino Botelho viessem para o Sanatório de Jataí. Como permuta, foi prometido um repasse financeiro para a instituição. Os 30 internos vieram, mas o repasse financeiro nunca foi feito de fato (Martins, Rocha, 2021, p. 164).

Sobre os pacientes, sabe-se que nem todos foram encaminhados, ou seja, uma parte ficou perambulando pela cidade, mais uma vez abandonada pelo poder público. Barreto (2018) conta essa história e mostra que mesmo depois da desativação do nosocômio as pessoas passavam por um processo de despersonalização, agora, fora dos muros institucionais. De todo modo, observando os movimentos do governador do Estado a partir da notícia de que havia novamente um acordo com a Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura, a população começou a se preocupar de maneira mais sistemática com as denúncias. Primeiro, contestando o que os jornais como *O Popular* noticiaram, em 1995, a partir do júbilo do então diretor da instituição, como sendo uma possibilidade de entregar um novo aparelho de saúde mental. Como argumenta Paula (2021, p. 529) “Existe uma intencionalidade em registrar a felicidade do diretor do hospital Aduino Botelho [...]”, ou seja, se o diretor estava comemorando, em tese isso deveria ser uma postura técnica com a finalidade de investir na saúde mental do estado.

Mas os objetivos reais paulatinamente iam sendo explicitados. Não se tratava de procurar efetivamente a construção de um espaço adequado para a criação de uma nova instituição. Interessava primeiramente, por consenso de Maguito Vilela e Darcy Acorcy, então prefeito de Goiânia, apagar as imagens degradantes de Goiânia: “os dois discutiram sobre a

necessidade de tirar do centro da cidade o Adauto Botelho e a Casa de Prisão Provisória, que “são uma fotografia deprimente de Goiânia” (O Popular, 28/05/1995). Essa linha de raciocínio pode ser lida na notícia de *O Popular* de 1996: “O anúncio feito pelo governador possibilita a SGPA ampliar o espaço da feira. Em troca, a entidade vai investir na construção de novo hospital” (O Popular, 23/05/1996 *apud* Paula, 2021, p. 530).

No ano de 1997, houve a forma específica de cooptação do discurso para finalidades outras. Essa ação foi realizada inicialmente por meio do DECRETO Nº 4.791, DE 14 DE MAIO DE 1997 que “Autoriza a demolição dos prédios do patrimônio público estadual que especifica e dá outras providências”. O que está em destaque é a doação do que restou do terreno do *Adauto Botelho de Goiânia* para a Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura, nos seguintes termos:

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, tendo em vista o que consta do Processo nº 14924960 e nos termos do art. 1º da Lei nº 13.063, de 12 de maio de 1997, DECRETA: Art. 1º - Fica autorizada a demolição dos prédios edificadas na área antigamente ocupada pelo Hospital Adauto Botelho, caracterizada como parte de uma antiga granja denominada Monticelli, antiga Jacirema, situada nos subúrbios desta Capital, entre o Córrego Botafogo e o Rio Meia-Ponte, com área de 13 (treze) hectares, devidamente registrada no Cartório de Registro de Imóveis da 2ª Zona de Goiânia. Art. 2º - É permitido o uso, a título precário e por prazo não excedente a 90 (noventa) dias, da área de que trata o artigo anterior pela Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura - SGPA, mediante instrumento contratual próprio, a ser firmado com cláusula que obrigue a referida entidade a proceder, com acompanhamento técnico da Diretoria de Obras Públicas do CRISA, à demolição das edificações nela existentes, objetivando o máximo aproveitamento do material de construção remanescente, a ser entregue ao Estado de Goiás, através da Secretaria Especial da Solidariedade Humana. Art. 3º - Compete à Procuradoria-Geral do Estado adotar as providências administrativas para o fiel cumprimento deste decreto. Art. 4º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Quando se observou que a situação estava se agravando, o Fórum Goiano de Saúde Mental protocolou junto ao setor de patrimônio da Prefeitura de Goiânia, um pedido para tombamento do prédio e conseqüentemente o enquadramento como Patrimônio Cultural, o que notadamente contrariava a percepção tanto do prefeito quanto do governador. Segue a notícia:

Tombamento poderá evitar demolição do prédio do Adauto.

O Fórum Goiano de Saúde Mental protocolou ontem, na Secretaria Municipal de Cultura, pedido de tombamento do prédio do extinto Hospital Adauto Botelho. Entidades de saúde em Goiás e moradores da região vizinha ao hospital, além do Fórum, querem evitar a demolição do prédio e a venda da área para a Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura. O pedido endereçado ao presidente do Conselho Municipal de Preservação do Patrimônio Histórico, Cultural e Ambiental da Cidade de Goiânia, José Ângelo Rizzo, só será apreciado em julho, pois a reunião deste mês já foi realizada. [...]. Parecer Técnico. O Secretário de Cultura, padre César Garcia, disse não ter condições de emitir uma opinião sobre o tombamento do prédio do

Adauto Botelho [...]. “Não queremos a expansão do Parque de Exposição Agropecuário, queremos sim preservar a história e a cultura de nossa cidade” (O Popular, 14/06/1997).

De todo modo, as ações tomadas não ocorreram em tempo hábil, pois, no domingo, provavelmente no dia 3 de agosto de 1997, na madrugada as edificações começaram a ser destruídas. O ex-diretor da instituição narra como teria ocorrido o procedimento.

Misteriosamente, às cinco horas, numa manhã de domingo, acho que de 1996 [1997], a promotoria do Ministério Público, foi acordada por um telefonema de um vizinho do hospital, hoje lá é Setor Negrão de Lima. As patrulas estavam destruindo, derrubando o hospital. Ela [a promotora] conseguiu parar a destruição, mas eles já tinham destruído a tubulação de água, esgoto e luz que ia para o hospital dia e não tinha mais condição de nem mesmo o hospital dia funcionar lá, estourado daquele jeito. Pararam, mas aí já não tinha mais o que fazer. O hospital dia foi desativado na marra. Com ele, a última pedra que estava na frente da sanha destruidora foi removida. Nesse momento, descobrimos, veio à tona, uma história de que a Associação Goiana de Pecuária e Agricultura estava interessada na área, estava comprando a área do Estado para fazer um estacionamento para Feira da Pecuária lá (Silva, 2022, p. 15).

Vera Lúcia Cardoso, ex-Coordenadora da Saúde Mental do Estado no final da década de 1980, também destacou sua interpretação sobre a demolição do conjunto arquitetônico da instituição:

Esvaziou o Adauto Botelho e de madrugada começou a derrubar. E aí foi muita denúncia, imprensa pesquisou tudo, foi atrás de informações e realmente toda essa maracutaia foi denunciada. E aí foi travada na justiça essa venda desse terreno do Adauto Botelho para a SGPA, mas aí o Governo estadual já tinha demolido uma parte do hospital. Já tinha acontecido. Então sobrou ali aquele pedaço. A justiça embargou. O que sobrou foi o que está lá hoje na frente do CRER, tem umas estruturas de tijolo, com uns arcos, alguma coisa assim. Era o que sobrou em pé do Adauto Botelho nesse processo de tentar vender o terreno para a SGPA (Cardoso, 2023, p. 6).

A notícia de *O Popular*, do dia 5 de agosto de 1997, uma terça-feira, corrobora as informações apresentadas nos dois recortes acima, mostra ainda como teria ocorrido o processo de demolição e as intervenções do Ministério Público. “Toda a estrutura do hospital-dia, que funcionava na área do antigo Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, foi transferida ontem para o Núcleo de Saúde Mental Wassily Chuc, por determinação do secretário estadual de Saúde[...]” (O Popular, 5/08/1997, p. 3b). Autorizada a transferência, “Móveis, funcionários e 17 pacientes que estão em tratamento na unidade foram remanejados” (O Popular, 5/08/1997, p. 3b). Em tese o espaço do Hospital-Dia seria suficiente para manter as pessoas, contudo, sabe-se que a estrutura do local também teria sido afetada, com o início da demolição, como também

demonstrou o periódico: “Na segunda feira, a unidade funcionou precariamente sem água nem energia elétrica” (O Popular, 5/08/1997, p. 3b).

Foi também na segunda-feira que o Ministério Público efetivou seu trabalho. “A promotora Marilda Helena dos Santos, coordenadora do Núcleo do Cidadão do Ministério Público, ingressou com uma ação cautelar para o embargo judicial da derrubada, autorizada pela Assembleia Legislativa” (O Popular, 5/08/1997, p. 3b). Na terça-feira a Procuradoria Geral do Estado ajuizou uma representação tentando mostrar que a promotoria estaria sendo autoritária. É nesse contexto que é lançada à baila uma das mais autocráticas decisões sobre a situação da instituição psiquiátrica de Goiânia:

“Quem governa o Estado sou eu, sou eu quem dou destino à áreas públicas de Goiás. Não é este ou aquele sindicato, ou esta ou aquela instituição” disse. “Estou demolindo um prédio que não serve *nem pra pocilga*, e não sei por que o Ministério Público interfere nessas coisas. Quem sabe a destinação das áreas públicas é o governador do Estado, é o chefe do Executivo e eu vou exercer essa minha autoridade”, avisou. Maguito comentou ainda que a área pode ser destinada a particulares, “desde que me entreguem um moderno hospital para doentes mentais em funcionamento” (O Popular, 5/8/1997, p. 3b, grifo nosso).

Para o governador aquela instituição, aquele prédio seria uma pocilga, um lugar no qual não seria possível efetivar processos terapêuticos. De todo modo, além de sua postura autoritária, vê-se que ele mudou o discurso corrente e apontou que a área seria cedida condicionalmente, mediante a apresentação de um projeto para a construção de uma nova obra hospitalar para a saúde mental, o que, como se sabe, não aconteceu. Segundo a promotoria, não seria apenas contestar a autoridade do governador e sim não abrir concessões, dado que a lei deveria ser aplicada a todos e naquele momento o prédio estaria em processo de tombamento. “A lei 7164/62, prevê que logo após a abertura do processo de tombamento, o prédio em questão está sujeito ao mesmo regime de preservação, até que haja uma decisão sobre seu destino” (O Popular, 5/08/1997, p. 3b). Nesses termos, a demolição da estrutura predial seria ilegal.

Uma comissão de moradores e servidores também contestou a demolição e a venda do espaço. “O Grupo quer que o município se posicione sobre a ação da sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura (SGPA), responsável pela derrubada de aproximadamente 40% da construção” (O Popular, 5/08/1997, p. 4b). O argumento da comissão se baseava no Código de Postura da cidade. O grupo também buscou diálogo com o Governador, com a finalidade de contestar a demolição e solicitar a mudança de lugar do parque agropecuário. Além do mais, em números da época a área do *Adauto Botelho de Goiânia* teria o seu valor aproximado ampliado muito com o passar dos anos e a demolição poderia justamente diminuir o valor:

“Querem derrubar o prédio para vender mais barato, sustenta [Sinval] Félix” (O Popular, 5/08/1997, p. 4b), presidente da Associação de Moradores do Setor Nova Vila.

Diante de todas as contestações a demolição continuou por um período e foi novamente embargada, até que a própria SGPA solicitou que a demolição continuasse:

SGPA insiste em demolição de hospital

A Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura (SGPA) pediu ontem ao Tribunal de Justiça (TJ) a suspensão da liminar concedida pelo juiz Stenka Isaac Neto, da 2ª vara da Fazenda Pública Estadual, embargando a demolição do prédio que abrigava o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. No recurso, a entidade, representada pelo advogado Lacordaire Guimarães de Oliveira, sustenta que não deveria figurar como parte na demanda que envolve, de um lado, o Ministério Público e, de outro, o Estado Goiás. Afirma a SGPA que ao dar início à demolição cumpria termo de permissão de uso, documento que, alega, não teve validade questionada. “SGPA é apenas intermediária no negócio”, explica. A entidade também questiona o MP, afirmando ser contraditório porque, enquanto hoje luta para evitar a demolição do Aduino, há alguns anos teria sido defensor da desativação pela má qualidade do tratamento dispensado aos doentes mentais (O Popular, s/d)

O que de fato ocorreu foi que a demolição não parou, como se pode observar nas imagens a seguir, entre os anos de 1997 e 1998.

Figura 20: Demolição do Aduino Botelho de Goiânia (05/08/1997).



Fonte: foto de Cristina Cabral, 1997 - cedida por Thauany Melo

Figura 21: Demolição Aduino Botelho de Goiânia (09/01/1998).



Fonte: foto de Cristina Cabral, 1998 - cedida por Thauany Melo

Figura 22: Demolição do Aduino Botelho de Goiânia (07/08/1998).



Fonte: foto de Cristina Cabral, 1998 - cedida por Thauany Melo

Além da demolição, nota-se também, não só a partir das imagens, mas pelo discurso do governador e pela posição da SGPA que uma das principais questões que se pode observar é justamente a maneira como os governadores e entidades colonizaram, cooptaram as críticas à instituição e atribuíram um sentido próprio, com finalidade de desativar e demolir a instituição. Observe-se como a SGPA utiliza as posições do Ministério Público para tentar encontrar uma incoerência na sua posição. Essa tratava-se de uma estratégia muito bem montada para desestabilizar o adversário. Tal sentido focou em deslocar a discussão que versava, na maioria das vezes, da busca da melhoria das condições da instituição para um eixo segundo o qual as críticas pudessem transformar a opinião pública em aliada dos interesses suspeitos do governo. Não é em vão que os personagens da época falam do impacto dessa transformação ideológica do discurso. Segundo Heloiza Massanaro,

Tudo era bastante cinza. Então, a gente começa a questionar não só essa estrutura física, mas também as condições de trabalho, a falta de terapias específicas, começamos a dizer que aquele modelo não funciona. A gente começa a perceber que o governo faz uma leitura muito proposital da nossa fala, do tipo: “Não serve? Então derruba!”. Mas, não era isso que a gente falou, então, hoje em dia, tenho uma preocupação em fazer uma crítica a qualquer um dos serviços. E há muita crítica a se fazer, mas a gente precisa ter um cuidado enorme, porque em outros momentos o governo já fez isso e pegou partes da nossa fala e segue seus propósitos. Então, ao invés de entender que aquilo que a gente tava dizendo era que precisávamos de reformas, que a gente podia transformar aquilo em um centro de convivência, num GERARTE, alguma coisa nesse sentido, ele destrói. Segue seu propósito. A gente entendeu rapidamente e denunciou, mas não adiantou mais, ele destruiu com a patola (Massanaro, 2022).

Massanaro destaca justamente o modo como a discrepância de poder afeta tanto a opinião pública quanto também todas as pessoas envolvidas com a instituição. A tal ponto que se cria, mesmo na militância, uma série de obstáculos que condicionam a crítica, seu teor e a sua intensidade. A demolição do *Adauto Botelho de Goiânia* foi embargada definitivamente pelo decreto 4943/1998. Contudo, já não era possível fazer muita coisa, senão investigar e historiar as ruínas, senão da instituição, dos rastros e pistas deixadas para trás.

Não obstante a derrota dos grupos que eram defensores da manutenção da existência do prédio como um patrimônio histórico e cultural, para a manutenção da memória, a demolição também foi defendida por pessoas que trabalharam na instituição. Na contramão de vários dos seus contemporâneos, não pelo mesmos motivos que o estado, a enfermeira Virgínia Novaes narrou sua posição sobre a demolição do conjunto arquitetônico, no contexto das inúmeras dificuldades encontradas e o abandono histórico da instituição:

Mas, foi o argumento que se conseguiu e acaba que ainda bem que houve algum argumento para demolir o Adatao, está me entendendo o que eu estou dizendo?. Ainda bem que houve algum argumento, porque o Adatao tinha que ser demolido, porque, se não fosse, na hora que houvesse o retrocesso era muito mais perigoso. O retrocesso poderia ser muito maior se ele não tivesse sido fisicamente demolido. A demolição física implica que as pessoas se assustam e param para pensar o que que aconteceu, o que estava acontecendo, as famílias se tocam de que aquele lugar foi demolido (Novaes, 2023, p. 8)

Deve-se observar que os motivos para Novaes defender a demolição são diferentes das utilizadas pelo estado. Sua defesa, por mais que possa haver discordâncias, precisa ser considerada no interior de um quadro geral de degradação dos serviços públicos e das inúmeras dificuldades na manutenção e na transformação efetiva dos serviços de saúde. Não se ocupa aqui de pensar só no sentido da defesa mais do que legítima do patrimônio, e sim de compreender que ainda hoje permanecem vivos traumas em muitas pessoas. Na realidade, sua posição é mais uma peça que sustenta o regime de contradições que atravessou o manicômio instalado na capital de Goiás.

Como se viu neste capítulo, o *Adatao Botelho de Goiânia*, por mais que possa ter passado por um breve período de melhorias, tal interstício não foi suficiente para consolidar as transformações na instituição. Ainda assim, é preciso reconhecer a luta das pessoas que estiveram à frente desse processo, ainda que tímido, de tentativa de mudar a condição de asilo para a condição de hospital. Contudo, viu-se também que manter a instituição como um asilo foi muito lucrativo para certos grupos, que, ao fim e ao cabo conseguiram demolir a instituição e ao invés de construírem uma instituição para os cuidados em saúde mental, entregou a área do hospital para outras secretarias do estado e para grupos alheios ao campo da saúde mental. De todo modo, enquanto existiu, a instituição cumpriu o seu papel, qual seja o de ser um dispositivo de gestão da vida das pessoas, principalmente das pessoas pobres, consideradas anormais. Cumpriu ainda o seu papel depois de sua demolição, o primeiro, servir para os interesses escusos dos governantes e o segundo, continuar sendo um agente do esquecimento e do apagamento de histórias das mais diversificadas pessoas, do silenciamento dos grupos subalternizados. Nesse sentido, parece correto dizer que nas modernas formas de organização biopolítica, novas e mais sofisticadas formas de organização da vida se estabelecem também, a partir, não só da construção de instituições, mas, também na destruição de outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi possível observar no decorrer desta tese, o *Adauto Botelho de Goiânia* foi uma instituição que atravessou vários momentos da história goiana e brasileira. Por isso mesmo, sua trajetória é de contradições, de ambiguidades, de rupturas, e representa os anais de muitos sofrimentos e lutas. Assim sendo, o objetivo desta tese foi problematizar que, seja pelo movimento da história local, seja ainda pelas incidências e reflexos dos acontecimentos nacionais, o manicômio inaugurado em 1954, na capital de Goiás foi um marco dos modos como se governa e se faz a gestão biopolítica da população, a partir da gestão de um determinado grupo.

Como mostramos, essa forma de gerir a vida, mas também a morte, já foi pensada por filósofos como Foucault, para quem o corpo e a sexualidade passaram a ser um dos mais importantes mecanismos de biorregulação da sociedade. É nesse contexto que o filósofo francês considera, como mostramos no capítulo 1, que a eugenia e a psiquiatrização se relacionaram de maneira dinâmica, no sentido de combater as chamadas formas de degeneração. Nosso argumento neste primeiro capítulo sustenta que, sob a égide da biopolítica, a história da psiquiatria se transformou, tendo como sustentáculo o grande internamento até as formas mais modernas de psiquiatrização ampliada. Essas formas modernas, que tentaram, em determinado momento do século XX, diminuir o papel dos manicômios, não conseguiram superar a força da função asilar, que é justamente ser um eficiente dispositivo para o saneamento social, a limpeza dos espaços públicos.

Nessa perspectiva, pensar a psiquiatria e a psiquiatrização da sociedade, não só como poder disciplinar, de gestão não só da vida dos internados, mas, também como um dispositivo biopolítico, como ainda de todos os outros grupos que externos, apontam para experiências diversificadas em lugares diferentes. Ser um dispositivo biopolítico não significa necessariamente seguir um *check-list*, mas sim compreender como em determinados contextos esses mecanismos vão se adaptando às contingências históricas próprias. Foi diante dessa possibilidade de seguir analisando a transição do grande internamento até as formas modernas de aplicação do poder psiquiátrico, que observamos que, por mais que as experiências de reformas psiquiátricas tenham exercido papéis importantes na forma de gestão da vida dos considerados loucos, tanto quanto dos ditos normais, essas experiências não conseguiram se livrar definitivamente da figura do asilo.

Seja na experiência francesa, seja ainda na dinâmica complexa que atravessava a reforma psiquiátrica brasileira, seja no processo de avanço da psiquiatria para todos os setores da sociedade no contexto dos Estados Unidos, a imagem, o reflexo do manicômio ainda estavam presentes. Justamente por isso nos parece tão fundamental a provocação que faz Robert Castel sobre essas transformações, que destaquei, já no primeiro capítulo, e que repito aqui: “Zeus transformado em bovino continua sendo Zeus” (Castel, 1978, p. 13). Se na primeira menção que feita, eu coloquei entre colchetes um ponto de interrogação [?], aqui sigo a linha de Castel em uma espécie de afirmação que quer dizer: no contexto das sociedades ocidentais modernas, não seria exagero dizer que parte significativa das reformas psiquiátricas, ainda estavam sob o estigma de uma as principais funções asilares, o internamento. Mesmo na América Latina, com sua pluralidade de cosmovisões, o saber-poder psiquiátrico se estabeleceu a partir dessa lógica e uma parte do que foi criado ou foi imensamente contestado ou foi taxado como ações alternativas.

Ainda assim, foi possível observar movimentos de resistência, seja na perspectiva dos CAPS, no caso brasileiro, seja ainda a partir de movimentos na América Latina que produziram muitas contestações e redes de reflexão sobre novos rumos para lidar com o sofrimento mental. Essas transformações se desvinculariam das formas biopolíticas? A meu ver não, pois, não se relaciona apenas ao olhar somente as coisas interpretadas como “ruins”, todavia, trata-se de observar como essas novas formas de instituições que se pretendem desinstitucionalizadas, têm características próprias e demonstram como a biorregulação da vida pode ser lida por muitas perspectivas.

Depois desse quadro geral retratado no primeiro capítulo desta tese, no segundo faço um recuo no tempo para debater como a eugenia se insere nesse quadro de organização biopolítica e como ela se alia com a psiquiatria para combater os chamados degenerados, mais especificamente, os chamados degenerados mentais. Faço a problematização dessa questão a partir do contexto brasileiro, a partir do modo como a intelectualidade brasileira vinculada à psiquiatria, logo a chamada higiene mental, se constituiu em um importante movimento de difusão da eugenia a partir do Liga Brasileira de Higiene Mental. A Liga era composta pelos mais proeminentes psiquiatras do país desde a sua criação. Para acomodar todos esses pensadores, como Gustavo Riedel, Juliano Moreira, Henrique Roxo, Adauto Junqueira Botelho, entre tantos outros, criou o periódico *Arquivo Brasileiro de Higiene Mental*. Nesse periódico, além das publicações dos psiquiatras brasileiros, figura traduções de textos de outros estrangeiros. Desse modo, esse impresso compõe uma amostra de como se constituiu uma rede

internacional para debater a psiquiatria e suas relações, inclusive com a eugenia (Cf. Muñoz, 2015).

Como tentei demonstrar, por mais que não seja explícita, não seja usada, ou mesmo não se assuma que a política de expansão das instituições psiquiátricas do SNDM seja eugenista, não há como desvincular esse projeto de um amplo programa de higiene mental para a população brasileira. Do mesmo modo, não nos parece correto negar os fortes indícios de que das bases desse projeto foi se estabelecendo no interior das articulações com a Liga Brasileira de Higiene Mental, de tal modo que o próprio Aduino Junqueira Botelho anunciava na edição dos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* de 1944, a importância dessas obras para a consolidação do projeto. Não consiste em tentar argumentar que todas essas instituições foram, durante suas existências, a materialização das práticas eugenistas, contudo, não é possível negar as fortes relações com os movimentos que se desenvolveram nas décadas anteriores e especialmente a partir dos processos de eufemização e sofisticação da eugenia.

Conforme argumenta Diwan (2020), a partir de 1945 começa um movimento entre os cientistas eugenistas com fins a produzir uma espécie de ‘abandono’, de amnésia, pois, seria preciso para os pesquisadores e cientistas tentarem apagar das suas histórias pessoais e da própria história das ciências essas marcas. Ademais “[...] ambas as terminologias serviram para explicar a tentativa de apagamento de quaisquer indícios que aproximassem a “nova genética” – também conhecida como “teoria sintética” – do ‘glorioso’ passado da hereditariedade eugenista” (Diwan, 2020, p. 94). No mesmo sentido, argumenta Siddhartha Mukherjee, no livro *O gene: uma história íntima*, sobre como a partir desses movimentos começava a renascer, já na década de 1950, essa nova formulação da eugenia:

“Era a eugenia que reencarnava, ainda que de maneira mais polida, na segunda metade do século XX. Não se tratava da eugenia nazista dos nossos avós, seus proponentes apressaram-se a frisar. Em contraste com a eugenia americana dos anos 1920 ou da cepa mais virulenta da Europa dos anos 1930, agora não havia esterilizações forçadas, confinamentos compulsórios nem extermínios na câmara de gás. Ninguém mandava mulheres para campos de isolamento na Virgínia. Nem mobilizava juízes especificamente para classificar homens e mulheres como “imbecis”, “morons” ou “idiotas”, tampouco o número de cromossomos era decidido segundo o gosto pessoal (Mukherjee, 2016, p. 347).

Por mais que tenham existido rupturas, muitas continuidades, ainda que residuais e inconscientes, permaneceram o quadro epistemológico e do pensamento.

Essas permanências foram analisadas a partir da investigação das cinco instituições que levaram o nome do psiquiatra Aduino Junqueira Botelho. Os Aduino Botelho foram construídos, como vimos, em Sergipe, Paraná, Espírito Santos, Goiás e Mato Grosso.

Notadamente, nos documentos e pesquisas analisadas pode-se observar que há uma prevalência sobre o papel dessas instituições manicomiais, no sentido de retirar as pessoas consideradas loucas do meio social, das ruas, ou seja, sanear, higienizar as ruas, fazer a limpeza social. Essa função pode ser vista a partir de um discurso com características filantrópicas e humanitaristas, que tinham por finalidade ocultar os verdadeiros motivos do internamento. Outro aspecto dessa característica foi justamente a localização dessas instituições, todas elas construídas em locais afastados da cidade ou mesmo em outras cidades.

Na oportunidade deste, evidenciei com mais detalhe e pormenorizadamente as instituições de Goiás, construídas em Goiânia. Na primeira parte da análise, situada entre 1954 e 1963, eu procurei mostrar que esse nosocômio antes mesmo de ser inaugurado já estava presente nas discussões do contexto. Depois de sua inauguração, ele foi visto como uma instituição capaz de higienizar a sociedade. As marcas podem ser lidas, verificadas, nos discursos de inauguração, mormente com o discurso de Peixoto da Silveira, que traz, inclusive, evidências do imaginário eugenistas.

Mais do que isso, o *Adauto Botelho de Goiânia* afetou diretamente o próprio cotidiano da cidade, mais pontualmente no contexto da relação com as forças policiais. Foram frequentes as mais variadas notícias apontando a relação intrínseca entre a loucura e o crime, logo, com as forças policiais. Eram as forças policiais as primeiras a terem contato com as formas da loucura, e os seus variados nomes. Essas relações e outras problematizei a partir dos arquivos jornalísticos que noticiavam a prisão e a transferência dos loucos ou para o manicômio ou para a cadeia. Noticiava-se, ao mesmo tempo, características e mesmo as condições às quais se encontrava a instituição. Desde os primeiros anos, apesar de o que se acreditava ser a importância da instituição, ela tornou-se alvo de abandono das estruturas e fortes denúncias relacionadas à falta de condições. Contudo, foi apenas em um documento de 1978, Serviço de Enfermagem, que pudemos observar que naquela estrutura considerada moderna, havia uma espécie de cela, com característica de solitária. Essa cela teria sido extinta na década de 1960, ao mesmo tempo que muitas notícias destacando a necessidade de investimentos para a manutenção das condições básicas do manicômio. A instituição que fora inaugurada para internar não só os loucos, mas, toda sorte de anormalidade e pobreza, encontrava-se, também abandonada.

Esse processo de abandono da instituição e a sua consolidação como espaço, ainda que precário, para o encerramento das pessoas, é aprofundado no período ditatorial. Foram essas contradições que problematizei no quarto capítulo. O período ditatorial, como demonstrei, foi um período de aprofundamento dos problemas da instituição, pois, ao mesmo tempo que o

número de internados crescia, chegando, entre a década de 1960 e 1970, a ter mais de 1000 pessoas encerradas, a estrutura da asilar se encontrava decadente e sob ataque. Como argumentou o ex-diretor da instituição, dr. Abrão Marcos, os problemas que a instituição apresentava já existiam antes da ditadura, o regime de exceção só aumentou e potencializou os problemas. Nesse contexto, o *Adauto Botelho de Goiânia* passava a ser uma instituição abandonada para pessoas abandonadas, uma instituição decadente destinada a pessoas que foram marginalizadas e negligenciadas.

Entretanto, foi justamente nesse período, mais especificamente a partir da década de 1980, que uma situação começou a se desenhar: ao mesmo tempo que a instituição começou a ser fortemente atacada e contestada, começaram a ser dados os primeiros passos para tentar melhorar as suas condições de existência e de organização. O primeiro passo foi o que chamamos de medicalização disciplinar, isto é, para se medicalizar era preciso, *à priori*, criar normas, regimentos que pudessem estabelecer regras de conduta e de convívio. Entre esses documentos constava o esboço do regimento da instituição, bem como documentos do serviço de enfermagem e da definição dos papéis médicos. Nesses documentos havia descrições minuciosas dos mais variados procedimentos, desde receber o internado até as maneiras de agir diante dos óbitos. Esse conjunto de documentos torna-se público, aqui de maneira inédita, de tal modo que, exceto por documentação que ainda possa surgir dos porões da história goiana, são as fontes mais bem preservadas e capazes de apontar o processo disciplinar, no tocante ao pessoal que trabalhava na instituição e sobre como certas regras foram definidas. As formas disciplinares não estão dissociadas da organização biopolítica.

Assim sendo, torna-se possível afirmar que o *Adauto Botelho de Goiânia* era o espaço por excelência onde a organização biopolítica construía uma dupla funcionalidade por meio de um único dispositivo, ou seja, por meio de uma condição que afetava ao mesmo tempo os servidores e internados, e por que não dizer, também as famílias: a cronificação. Como nos testemunhou Vera Lúcia Cardoso, o manicômio era um espaço cronificado e cronificante para todo o conjunto de pessoas com vínculos mais profundos com ele. Essa cronificação, que ocorria como que de maneira inconsciente, fazia com que os loucos se tornassem cada vez mais loucos, cronificava as pessoas que trabalhavam, dado que era um espaço de total abandono, logo, todos eram transformados em ‘doentes’.

Os processos de contestação e as tentativas de transformação foram acontecendo paralelamente, a partir da década de 1980. Quanto mais se aproximava o fim da Ditadura, mais ações e projetos passavam a fazer parte da ordem do dia. No quinto e último capítulo eu apresentei e problematizei essas propostas. Como também, demarquei que, mesmo diante das

dificuldades, dos desencontros, muitas propostas de modificação da instituição foram produzidas, algumas inclusive do ponto de vista prático. No centro dessas ações a proposta inicial era transformar o hospício em um hospital. A transição de um tipo de instituição para outro seria o caminho para dar o mínimo de dignidade para os internados e condições de trabalho para profissionais. Para isso seria preciso devolver à sociedade vultoso número de pessoas internadas. Daí ocorria a busca por familiares e das autoridades com a finalidade de encontrar as famílias. Assim parecia que a instituição tomaria um rumo de estabelecer o mínimo de dignidade às pessoas.

Contudo, entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990 o *Adauto Botelho de Goiânia* passou a chamar novamente atenção, não só pelas condições degradantes que não foram alteradas, mas pela forte especulação financeira que grassava sobre o terreno. Foi nesse contexto, que os passos para a demolição da instituição começaram a ser dados. A inúmeras contestações, inclusive dos usuários, foram cooptadas pelas forças governantes e por instituições interessadas, de modo que uma das frases mais emblemáticas do processo de fechamento e demolição foi justamente do então governador do Estado, Maguito Vilela, que sustentou que a instituição não serviu sequer para pocilga. Não se deseja, assim, negar os problemas institucionais, porém precisa-se dizer que a maior parte das pessoas envolvidas nas críticas à instituição não lutavam para o fechamento da instituição. Ao contrário disso, estava em jogo justamente uma mobilização com fins a transformar as condições da instituição de reformá-la. Ainda hoje essa história é cheia de lacunas. O que se sabe é que o governo do estado, ao que parece, diante das pressões do ministério público e da população, recuou de entregar o espaço para a Sociedade Goiana de Pecuária e Agricultura, que já havia iniciado a demolição do prédio em 1997.

O fim do Adauto Botelho marca o momento no qual a própria noção de gestão da vida das pessoas não está mais somente no contexto da regulação biológica a partir da sexualidade, dos controles repressivos ou disciplinares, nem somente na edificação de grandes estruturas de encerramento, também não só na gestão e ativação do conceito de raça. No contexto do neoliberalismo, parece que a gestão da vida pode ser feita ainda por meio do apagamento das condições de resgate da memória e pela demolição dos espaços onde foram exercidas as formas mais degradantes de mortificação dos indivíduos. A demolição do conjunto arquitetônico do manicômio goiano marca a noção de governo da população a partir da gestão das instituições que em determinado momento serviam para o encerramento dos anormais e que, a despeito de quaisquer outras posições, podem ser destruídas para apagar a memória e produzir uma limpeza social em todos os seus aspectos.

Encerro este trabalho destacando a sua inconclusão, a necessidade de se averiguar e pesquisar mais sobre o problema e as nuances de demolição da instituição estudada. Pois, se a instituição serviu ao seu objetivo, limpeza social, segregação, institucionalização da loucura, não seria ela capaz de servir a um novo projeto? Que outros pesquisadores possam aproveitar as brechas desta tese e produzir pesquisas.

FONTES

Documentos

A SAÚDE EM GOIÁS, 1987-1991. Secretaria do Estado da Saúde. Goiânia, março de 1991.
DOCUMENTÁRIO HAB – Roteiro. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1984.
(manuscrito)

DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO 0753/73. Nomeação de elemento de antecedentes subversivos para cargo de direção no INPS de Goiás – Samyr Helou. Sistema de Informações do Arquivo Nacional. Disponível em: http://imagem.sian.an.gov.br/acervo/derivadas/br_dfanbsb_v8/mic/gnc/rrr/82003599/br_dfanbsb_v8_mic_gnc_rrr_82003599_d0001de0001.pdf

EDITORIAL. DOENÇAS MENTAIS. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1983.

ENCAMINHAMENTO do Dr. Abrão Marcos da Silva para todos os prefeitos de Goiás e de outros estados. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 05 de fevereiro de 1986.

FUNÇÃO E DIREITOS da Chefia de Clínica Psiquiátrica - Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1985.

INFORME Nº 145/310/AGO/SN1/82/ VI Encontro Goiano de Psicologia. br_dfanbsb_v8_mic_gnc_rrr_83005292_d0001de0002. 17 de maio de 1982. Sistema de Informações do Arquivo Nacional. Disponível em: http://imagem.sian.an.gov.br/acervo/derivadas/br_dfanbsb_v8/mic/gnc/rrr/83005292/br_dfanbsb_v8_mic_gnc_rrr_83005292_d0001de0002.pdf

MEMORANDO Nº 1536/2014 – DATSAUDE. Pedido de informação sobre prontuário. Sistema de Informações do Arquivo Nacional. 2014.

MOÇÃO – VII ENEP. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 27 de setembro de 1984.

MOVIMENTO ALTERNATIVO AO ADAUTO. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1983.

OFÍCIO 019 DE 06 de fevereiro de 1986. De Dr. Manoel Dias Reis, Diretor do Pronto Socorro para o CEL. Wilson Mendes Pereira, Comandante de Polícia da Capital. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1986.

PLANO DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DE GOIÂNIA. Diretoria Técnica/Coordenação de Saúde Mental. Goiânia, julho de 1987.

PROPAGANDA ADVERSA EM GOIÂNIA. Sistema de Informações do Arquivo Nacional 18 de janeiro de 1984.

PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA NOVA REPÚBLICA. Brasília, Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Saúde Mental, 1985.

REGIMENTO INTERNO HPPAB. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, S/D.

REINTEGRAÇÃO do indivíduo a si próprio e a sociedade. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, junho, 1984.

RELATÓRIO ANUAL Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1983.

RELATÓRIO ANUAL Hospital Psiquiátrico Professor Aduino Botelho. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1984.

RELATÓRIO AUDITORIA DA OSEGO. In.: *Irregularidades na Organização de Saúde do Estado De Goiás (OSEGO)*. 28/06/1972. Sistema de Informações do Arquivo Nacional. 1972.
RELATÓRIO VII ENEP – Encontro Nacional de psicologia – Maceió. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 03 de abril de 1984.

ROTINA DE TRABALHO do Setor de Clínica Médica – Hospital Aduino Botelho. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1984.

ROTINA ADMINISTRATIVA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 15 de agosto de 1978.

S.O.S ADAUTO. Grupo Universitário – Trabalho Alternativo. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1983.

SERVIÇO DE ENFERMAGEM do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho de Goiânia. Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 1978.

SILVA, Abrão Marco. *Sugestões – Roteiro Fotográfico HAB*. Goiânia, Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, junho de 1984. (manuscrito).

SILVA, Abrão Marcos. *Comunidade- Universidade – Hospital Aduino Botelho*. Arquivo pessoal Dr. Abrão Marcos, 30 de novembro de 1985.

Entrevistas

CARDOSO, Vera Lúcia. *Qual a sua relação com o Aduino Botelho de Goiânia?* Entrevista concedida a Ronivaldo de Oliveira Rego Santos e Eduardo Sugizaki. In.: SUGIZAKI, E.; REGO SANTOS, R. de O.; CARNEIRO. L. A. (Orgs.). *Entrevistas sobre a história da luta antimanicomial e as políticas de saúde mental em Goiás (1970-2010)*. Anápolis - GO: Editora da UEG (Publicação prevista para 2025).

KIM-IR-SEM. O documentário *Passageiros da Segunda Classe*. Entrevista concedida a Ronivaldo de Oliveira Rego Santos. In.: SUGIZAKI, E.; REGO SANTOS, R. de O.; CARNEIRO. L. A. (Orgs.). *Entrevistas sobre a história da luta antimanicomial e as políticas de saúde mental em Goiás (1970-2010)*. Anápolis - GO: Editora da UEG (Publicação prevista para 2025).

MASSANARO, Heloísa. O que (não) sabemos sobre o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho de Goiás e sobre o nascimento do Movimento Antimanicomial Goiano. Mesa redonda. In.: SUGIZAKI, E.; REGO SANTOS, R. de O.; CARNEIRO, L. A. (Orgs.). *Entrevistas sobre a história da luta antimanicomial e as políticas de saúde mental em Goiás (1970-2010)*. Anápolis - GO: Editora da UEG (Publicação prevista para 2025).

NOVAES, Virgínia. *Qual a sua relação com o Aduino Botelho de Goiânia?* Entrevista concedida a Ronivaldo de Oliveira Rego Santos e Eduardo Sugizaki. In.: SUGIZAKI, E.; REGO SANTOS, R. de O.; CARNEIRO, L. A. (Orgs.). *Entrevistas sobre a história da luta antimanicomial e as políticas de saúde mental em Goiás (1970-2010)*. Anápolis - GO: Editora da UEG (Publicação prevista para 2025).

SILVA, Abrão Marcos da. *Qual a sua relação com o Aduino Botelho de Goiânia?* Entrevista concedida a Ronivaldo de Oliveira Rego Santos. In.: SUGIZAKI, E.; REGO SANTOS, R. de O.; CARNEIRO, L. A. (Orgs.). *Entrevistas sobre a história da luta antimanicomial e as políticas de saúde mental em Goiás (1970-2010)*. Anápolis - GO: Editora da UEG (Publicação prevista para 2025).

Legislações

GOIÁS. DECRETO Nº 4.943, DE 31 DE AGOSTO DE 1998. Dispõe sobre o tombamento dos bens móveis e imóveis que especifica. Goiânia: Casa Civil, 1998. Disponível em: [https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/62172/pdf#:~:text=Igreja%20de%20S%C3%A3o%20Jos%C3%A9%20\(do,de%201998%2C%2011%20BA%20da%20Rep%C3%BAblica.&text=\(D.O.%20de%2003%2D09%2D,de%2003%2D09%2D1998](https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/62172/pdf#:~:text=Igreja%20de%20S%C3%A3o%20Jos%C3%A9%20(do,de%201998%2C%2011%20BA%20da%20Rep%C3%BAblica.&text=(D.O.%20de%2003%2D09%2D,de%2003%2D09%2D1998).

BRASIL. LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília: Casa Civil, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm . Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Decreto-Lei Nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html>

BRASIL. *Comissão Nacional da Verdade. Mortos e desaparecidos políticos*. Comissão Nacional da Verdade. –Brasília: CNV, 2014. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/01/relatorio-final-comissao-nacional-da-verdade.pdf>

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*. 1934. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm . Acesso em 27 nov. 2023.

BRASIL. *Constituição dos Estados Unidos do Brasil*. Promulgada em 10 de novembro de 1937. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em 27 nov. 2023.

BRASIL. *Lei 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

GOIÁS. *Lei nº 863 de 5 de novembro de 1953*. Introduce modificações na estrutura da Secretaria de Estado da Educação, cria e suprime cargos e funções públicas e dá outras providências. Disponível em: http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/1953/lei_863.pdf

GOIÁS. Portaria nº 28 de 15 de janeiro de 1948. Dispõe sobre a proibição da mendicância em Goiânia. In.: DIÁRIO OFICIAL DE GOIAZ. 26 de janeiro de 1948. AHEGo: Goiânia, 1948, p. 7.

GOIÁS. Decreto-Lei nº 847 de 12 de fevereiro de 1947. Cria o Serviço de Assistência a Psicopatas no Estado de Goiás. Diário Oficial de Goiaz, AHEGo, Goiânia, 1947.

GOIÁS. DECRETO Nº 4.791, DE 14 DE MAIO DE 1997. Autoriza a demolição dos prédios do patrimônio público estadual que especifica e dá outras providências. Goiânia, 1997.

GOIÁS. LEI Nº 11.879, DE 30 DE DEZEMBRO DE 1992. Dispõe sobre a doação que especifica e dá outras providências. Goiânia, 1992.

GOIÂNIA. Resolução nº 006, de 08 de agosto de 2006. Institui a Comenda Municipal do Mérito de Assistência Social Gercina Borges Teixeira. Diário Oficial de Goiânia, 2006, p. 18. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/Download/legislacao/diariooficial/2006/do_20060905_000003956.pdf

PEIXOTO DA SILVEIRA, José. Projeto nº 140 de 3 de abril de 1963. In: PEIXOTO DA SILVEIRA, José. *Saúde e Educação*. Goiânia: Oriente, 1981.

GOIÁS. Lei nº 2.885 de 13 de novembro de 1958. Concede uma subvenção de Cr\$ 200.000,00 ao Hospital Psiquiátrico Aduauto Botelho para auxílio em sua manutenção. Vetada (Mantido o veto na sessão de 4/05/1961). Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. Goiânia, 1959.

DECRETO Nº 4.867, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1924. Institue o dia 12 de outubro para ter lugar em todo o território nacional o dia de festa da criança. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4867-5-novembro-1924-566474-publicacaooriginal-90038-pl.html#:~:text=O%20Sr.,Jo%C3%A3o%20Luiz%20Alves.&text=Publica%C3%A7%C3%A3o: Acesso em: 24 out. 2024.>

PORTARIA Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html . Acesso em: 24 out. 2024.

Jornais

BAIANO, Helverterso. Doentes mentais abandonados no Aduino Botelho: vereador denuncia péssimo estado. In.: *CORREIO BRAZILIENSE*, Brasília (sucursal Goiânia), 23 de setembro de 1983, p. 7.

CARDOSO, Vera Lúcia Alves. Loucura ao alcance de todos. In.: *O Popular*. Goiânia, 17 de junho de 1990. Goiânia, Arquivo Pessoa Vera Lúcia Cardoso, 1990.

CORREIO BRAZILIENSE. *Mendigos invadem lotes desertos*. Goiânia (sucursal), 13 de fevereiro de 1973, p. 2.

CORREIO BRAZILIENSE. *HOSPITAL*. Goiânia (sucursal). 01 de agosto de 1971.

CORREIO BRAZILIENSE. *Voluntárias pela humanização do Aduino Botelho* parte 1. Goiânia (sucursal), 2 de dezembro de 1962, p. 2.

CORREIO BRAZILIENSE. *Ampliação do Hospital beneficiará Brasília*. Goiânia (sucursal), 05 de abril de 1963, p. 7.

CORREIO BRAZILIENSE. *Goiás: Governador analisa AI-5*. Goiânia (sucursal), 5 de janeiro de 1969, p. 9.

CORREIO BRAZILIENSE. *No campo da saúde pública*. Goiânia (sucursal), 21 de junho de 1969, p. 4.

CORREIO BRAZILIENSE. *OSEGO enfrenta dificuldades financeiras*. Goiânia (sucursal), 22 de fevereiro de 1969, p. 9.

CORREIO BRAZILIENSE. *Pobres, não loucos*. Goiânia (sucursal), 3 de setembro de 1986, p. 12.

CORREIO BRAZILIENSE. *Crise em hospitais psiquiátricos*. Goiânia (sucursal). 26 de julho de 1968.

CORREIO BRAZILIENSE. *Recurso de 46 milhões para Goiás*. Goiânia (sucursal), 7 de junho de 1966, p. 7.

CORREIO BRAZILIENSE. *Técnica social vê família de doente*. Goiânia (sucursal), 31 de julho de 1973, p. 7.

CORREIO BRAZILIENSE. *Canadá quer financiar os hospitais*. Goiânia (sucursal), 23 de janeiro de 1969, p. 15.

CORREIO BRAZILIENSE. *OSEGO construirá Hospital Psiquiátrico*. Goiânia (sucursal), 5 de dezembro de 1967, p. 7.

CORREIO BRAZILIENSE. *No campo da saúde pública*. Goiânia (sucursal), 21 de junho de 1969, p. 4.

CORREIO BRAZILIENSE. Hospitais psiquiátricos de Goiânia iniciam greve contra a previdência. Goiânia (sucursal), 10 ago. 1968.

CORREIO BRAZILIENSE. *OSEGO equipará hospitais*. Goiânia (sucursal), 13 de agosto de 1971, p. 1.

CORREIO BRAZILIENSE. *Pronto Socorro*. Goiânia (sucursal), 13 de agosto de 1971, p. 2

CORREIO BRAZILIENSE. *Controle de Tóxico no interior*. Goiânia (sucursal), 24 de fevereiro de 1973, p. 1.

CORREIO BRAZILIENSE. *Hospital*. Brasília (sucursal Goiânia), 1 de maio de 1974, p. 3

CORREIO BRAZILIENSE. *Pronto Socorro Psiquiátrico*. Brasília (sucursal Goiânia), 7 de julho de 1974, p. 2.

CORREIO BRAZILIENSE. *Internações em um ano*. Brasília (sucursal Goiânia), 28 de maio de 1974, p. 2.

CORREIO BRAZILIENSE. *Hospital é depósito de loucos*. Brasília (sucursal Goiânia), 5 de junho de 1983, p. 18.

CORREIO BRAZILIENSE. *Hospital é depósito de louco, diz médico*. Brasília (sucursal Goiânia), 23 de agosto de 1983, p. 6.

CORREIO BRAZILIENSE. *Eleitor atende convocação*. Brasília (sucursal Goiânia), 7 de outubro de 1986, p. 2.

CORREIO DO PARANÁ. *Curitiba despolicada: Rádio Patrulha parou por falta de gasolina*. Curitiba, 1961.

DÉCIO, J. *Uma verdadeira confusão: o H Adauto Botelho*, Jornal de Notícias, 11/07/1957, p. 8. Disponível em: <https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=843687&pasta=ano%20195&pesq=&pagfis=1371>. Acesso em: 03 nov. 2023.

DIÁRIO DA MANHÃ. *Inquérito sobre amputação braço chega à fase final*. Goiânia, 1992. Disponível em: <https://www.dm.com.br/cotidiano/2022/09/uma-espera-de-30-anos>. Acesso em: 03 nov. 2023.

FOLHA DE GOIÁS. *A Polícia prendeu o incrível "homem urubu"*. 6 de julho de 1958. AHEGo, Goiânia, 1958. p. 8.

FOLHA DE GOIÁS. *Ameaçou matar: do manicômio para o xadrez*. AHEGo, Goiânia, 29 de maio de 1958.

FOLHA DE GOIÁS. *Débil mental ameaça transeuntes*. AHEGo, Goiânia, 23 de março de 1958.

FOLHA DE GOIÁS. Discurso pronunciado por Geraldo Brasil na cerimônia de inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. 4 de abril de 1954. Arquivo Pessoal de Eder Mendes de Paula, Anápolis, 1954.

FOLHA DE GOIÁS. Discurso pronunciado por José Alair na cerimônia de inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. 4 de abril de 1954. Arquivo Pessoal de Eder Mendes de Paula, Anápolis, 1954.

FOLHA DE GOIÁS. Discurso pronunciado por José Peixoto da Silveira na cerimônia de inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. 3 de abril de 1954. Arquivo Pessoal de Eder Mendes de Paula, Anápolis, 1954.

FOLHA DE GOIÁS. *O monstro falou enfurecido: não matei ninguém*. AHEGo, Goiânia, 13 de setembro de 1958.

JORNAL DA SAÚDE. *Governo humaniza o Aduino Botelho*. Goiânia, dezembro de 1989.

JORNAL DO SERGIPE. Secretário compara hospital a um campo de concentração. 30 de março de 1979. Disponível em: <https://jornaisdesergipe.ufs.br/handle/123456789/31659>. Acesso em 10 out. 2023.

JORNAL DO BRASIL. [Pedro Ludovico propõe] *Frente anti-extremista*. Brasília, 20 de outubro de 1964.

JORNAL DE NOTÍCIAS. *Alcoólatra encaminhado ao “Aduino Botelho”*. Goiânia, 1959.

JORNAL DE NOTÍCIAS. *Enlouqueceu depois de ser espancado pela polícia*. AHEGo, Goiânia, 4 de abril de 1957, p. 4-5.

JORNAL DE NOTÍCIAS. *O Aduino Botelho apoia o candidato situacionista*. Goiânia, 28 de novembro de 1959, p. 3.

JORNAL DE NOTÍCIAS. *Vários Fatos Policiais. Louco Solto*. Goiânia, 1959.

JORNAL DE NOTÍCIAS. *Retardado espancou uma família inteira*. Goiânia, 22 de março de 1956.

JORNAL O POPULAR. *Santillo repassa CR\$ 110 milhões ao Aduino*. Goiânia, 16 de abril de 1994, p. 5.

JORNAL O POPULAR. *Mudanças no Aduino dá protestos*. Goiânia, 19 de julho de 1990.

JORNAL O POPULAR. *Demolição causa transferência de pacientes*. AHEGo, Goiânia, 5 de agosto de 1997, p. 3b-4b.

JORNAL O POPULAR. *SGPA insiste em demolição de hospital*. Goiânia, sem data. Disponível em: <https://www.mecontaessahistoria.com.br/post/hist%C3%B3rias-t%C3%A3o-esquecidas-a-produ%C3%A7%C3%A3o-de-silenciamentos-sobre-o-hospital-psiqui%C3%A1trico-adiuto-botelho> Acesso em 24 set. 2024.

JORNAL O POPULAR Tombamento poderá evitar demolição do prédio do Adauto. Goiânia, 14 de junho de 1997. Disponível em: <https://www.mecontaessahistoria.com.br/post/hist%C3%B3rias-t%C3%A3o-esquecidas-a-produ%C3%A7%C3%A3o-de-silenciamentos-sobre-o-hospital-psiqui%C3%A1trico-adauto-botelho> Acesso em 24 set. 2024.

ROCHA, Hélio. O “Adauto Botelho” e a AL. In.: *Diário do Oeste*, AHEGo, Goiânia, 06 de maio de 1961, p. 3.

ÚLTIMA HORA. *Indigentes alienados relegados ao completo abandono*. Curitiba, 22 de maio de 1959.

Outras fontes

BOTELHO, Adauto Junqueira. *Alcoolismo e doença mental*. In.: Arquivos Brasileiros de Higiene Mental. Rio de Janeiro, 1944a.

BOTELHO, Adauto Junqueira. *Considerações sobre higiene mental*. In.: Arquivos Brasileiros de Higiene Mental. Rio de Janeiro, 1944.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

KEHL, Renato. A eugenia na prática individual. In.: *Boletim de Eugenia* – Revista trimestral de divulgação e propaganda da Eugenia no Brasil. Piracicaba, SP: Oficinas de Obras do Jornal Piracicaba, 1932. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1pV9ttQ12mv1m1jN_xebDLYisSxRrMEMc/view . Acesso em: 02 nov. 2024.

MATO GROSSO. Assembleia Legislativa Do Estado De Mato Grosso. Ata da Audiência Pública para discutir a transferência do CIAPS Adauto Botelho localizado no bairro CoopHEMA para o antigo Instituto Neuropsiquiátrico localizado na BR-364, realizada no dia 25 de outubro de 2011, às 09:00 horas. Disponível em: https://www.al.mt.gov.br/storage/webdisco/docs_administrativos/doc_98.pdf . Acesso em 15 out. 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO MATO GROSSO. Relatório De Inspeção No Centro Integrado De Assistência Psicossocial – CIAPS ADAUTO BOTELHO – UNIDADE I E UNIDADE III – 2018. Disponível em: https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/03/mt-cuiabc381_ciaps-hospital-adauto-botelho.pdf . Acesso em 15 out. 2024.

PEIXOTO DA SILVEIRA, José. Na instalação da Faculdade de Medicina de Goiás. In: PEIXOTO DA SILVEIRA, José. *Saúde e Educação*. Goiânia: Oriente, 1981.

TEIXEIRA, Pedro Ludovico. Mensagem apresentada à assembleia legislativa do Estado, por ocasião da abertura da segunda sessão ordinária. ARQUIVO HISTÓRICO ESTADUAL DE GOIÁS, Goiânia, Diário Oficial do Estado, 1952. p. 8-9.

BORGES, Mauro. *O Golpe em Goiás: História de uma grande traição*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

ROSSI, Amanda. *Da tortura à loucura: ditadura internou 24 presos políticos em manicômios*. UOL Notícias – 14 jun 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/14/ditadura-militar-presos-politicos-internacao-manicomios.htm>. Acesso em 15 jun 2021.

RELATÓRIO N. 2, de 1993 - CN: relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/85082>. Acesso em 18 abril 2023.

SÃO PAULO. Comissão da Verdade do Estado de São Paulo Rubens Paiva. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Relatório: A formação do grupo de antropologia forense para a identificação das ossadas de Vala de Perus. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em: [https://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I Tomo Parte 1 A-formacao-do-grupo-de-antropologia-forense-para-identificacao-das-ossadas-da-vala-de-perus.pdf](https://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I%20Tomo%20Parte%201%20A-formacao-do-grupo-de-antropologia-forense-para-identificacao-das-ossadas-da-vala-de-perus.pdf) . Acesso em: 24 out. 2024.

Audiovisual

O QUE (NÃO) sabemos sobre o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiás e sobre o nascimento do Movimento Antimanicomial Goiano, 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wupSeH8VSOo>

PASSAGEIROS da Segunda Classe (documentário) Direção: LEAL, Kin IR-Sem Pire; JORGE, Luiz Eduardo; PINA, Waldir. Goiânia, 2001. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZFBpvFwP9hM>

ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA. Filmagem original. Secretaria do Estado da Saúde, Goiânia, 1988-1989.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AGUILAR FILHO, Sidney. *Educação, autoritarismo e eugenia: exploração do trabalho e violência à infância desamparada no Brasil (1930-1945)*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251194>

ALARCÓN, Renato. Hacia una identidad de la psiquiatria latino-americana. In.: *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*. Agosto, 1976. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17546/v81n2p109.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 nov. 2023.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALLONCLE, Anne-Laure. *Michel Foucault et la grande histoire de l'exclusion: du monstre à l'anormal*, 2018. Disponível em:

https://www.academia.edu/3022391/Michel_Foucault_et_la_grande_histoire_de_l'exclusion_du_monstre_%C3%A0_lanormal?email_work_card=title&li=0. Acesso em: 16 nov. 2023.

ALVARENGA, Rodrigo; DIAS, Marcelo Kimati. Epidemia de drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. In.: *Psicologia & Sociedade*. 33, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dGQxFtnrJ4cdrwvDzMnpwjc/?format=pdf&lang=pt>

ALVES, Marcio Moreira. *Torturas e Torturados*. Rio de Janeiro: Oficinas da empresa jornalística PN, 1996.

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

AMARANTE, Paulo. et al. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama, 1995.

AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1996.

ANIGO. *A ditadura milita em goiás: arquivos revelados*. V. 1. Goiânia: ANIGO/Gráfica UFG, 2016.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *História da educação e da pedagogia: geral e Brasil*. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Moderna, 2006.

ASSIS, Aisllan Diego de. *Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios*. 2019. 282 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4492/2/TESE%20LOUCA%20Tese%20AISLLAN%20DIEGO%20DE%20ASSIS%20completa.pdf> . Acesso em 03 jan. 2024.

BARBOSA, Simone Maria de Almeida. *O processo de formulação da política de saúde mental: a experiência de Aracajú-Sergipe, 2001 a 2004*. Salvador: Dissertação de mestrado – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6771/1/Diss%20MP.%20Simone%20Barbosa%202012.pdf> . Acesso em: 18 nov. 2023.

BARRETO, Railda Aparecida Barbosa; CASSOLI, Tiago. “Eu não quero ficar no lugar das mulheres peladas, não!”: As causas das internações de mulheres no Hospital Psiquiátrico Aduauto Botelho (Goiânia, Goiás). In.: *Mnemosine*, Vol.16, nº2, p. 212-230 (2020). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/download/57662/36937>

BARRETO, Railda Aparecida Barbosa. *Uma história dos discursos psiquiátricos, exames, internações e práticas ambulatoriais voltadas à família em Goiás*. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

BARRETO, Lima. *Diário do Hospício/Cemitério dos vivos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BASAGLIA, F; ONAGARO, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária (1968). In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Cap. 1, p. 11-40.

BASAGLIA, Franco. (org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In.: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1994.

BOARINI, Maria Lúcia. Higienismo, Eugenia e a naturalização do social. In.: BOARINI, Maria Lúcia (org). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003.

BRAGA, André Luiz de Carvalho; VENANCIO, Ana Teresa A. La asistencia psiquiátrica en el contexto brasileño: ideas y prácticas frente a proyectos de desarrollo nacional (1937-1978). In: HUERTAS, Rafael (Coord.). *Políticas de salud mental y cambio social en América Latina*. Madri: Catarata, 2017. p. 83-117.

CAMARGO, Tarciso Alex A Revista Educação Physica e a Eugenia no Brasil: (1932-1945). Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/RONIVALDODEOLIVEIRAR/Downloads/TarcisoCamargo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/RONIVALDODEOLIVEIRAR/Downloads/TarcisoCamargo%20(1).pdf) . Acesso em: 03 dez. 2023.

CAMPOS, Pedro Henrique Pedreira. *Estranhas catedrais: as empresas nacionais de construção pesada, suas formas associativas e o Estado ditatorial brasileiro (1964-1985)*. Tese (Doutorado em História Social) Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História. Niterói, RJ: 2012.

CANGUILHEM, Georges. *O conhecimento da vida*. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro; revisão técnica de Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/xHyxtGjNn96bkkSJFbBxGCC/?format=pdf&lang=pt>

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj/Edusp, 1998.

CARRION, Carla Torres Pereira. *Desalinhados: uma história do Hospital Aduino Botelho e das memórias que ali habitam*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2896/1/tese_5261_Carla%20Carrion.pdf . Acesso em: 22 out. 2023.

CARVALHO, Jakeline Santos. *Caminhos para a reforma psiquiátrica no Hospital Colônia Aduino Botelho (1980-2002)*. 2018. 183 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2018. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/3890?mode=full#preview-link0> . Acesso em: 21. Out. 2023.

CASTEL, F.; CASTEL, R.; LOVELL, A. *La sociedad psiquiátrica avanzada*. El modelo norteamericano. Barcelona: Anagrama: 1980.

CASTEL, Robert. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, Robert. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antônio; BAREMBLITT, Gregorio; CASTEL, Robert (Orgs.). *Saúde Loucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.21-48.

COIMBRA, Cecília. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Mnemosine*, v. 01, n. 0, p. 48-52, 2004. Disponível em: https://mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/.../20/pdf_6 .

COIMBRA, Cecília. Tortura ontem e hoje: resgatando uma certa história. *Psicologia em Estudo*, v. 6, n. 2, p. 11-19, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2a03.pdf> .

COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. 2. ed. Trad. do inglês por Regina Schnaiderman. São Paulo: Perspectiva, 1989.

CORREIA, A. M. B.; DANTAS, C. N. C. B. *O fazer psicológico na ditadura civil-militar*. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 37, n. esp., p. 71-81. 2017. Disponível em: <https://scielo.br/pdf/pcp/v37nspe/1414-9893-pcp-37-spe1-0071.pdf>

COSTA, J. C; OLIVEIRA, P. A. de; FERRAZZA, D. de A. *Psicologia social e direitos humanos: a atuação da psicologia diante da ditadura militar e das manifestações atuais no Brasil*. *Revista de psicologia da IMED*, v. 6, n. 2, p. 70-80, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5155074.pdf>

COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COTRIM, Aline de Sá. *A eugenia em Miguel Couto*. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola Superior de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.academia.edu/44396365/A_Eugenia_em_Miguel_Couto . Acesso em: 04 dez. 2023.

CRULS, Luiz. Relatório Cruls: *Relatório da Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil*. – Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2012.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022.

DECKER, Hannah S.. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neoKraepelinians? - from Emil Kraepelin to DSM-III. *History of Psychiatry*, 2007, 18 (3), pp.337-360. Disponível em: <https://hal.science/hal-00570896/document> . Acesso em: 23 set. 2023.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia. vol. 5. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Editora 34, 2011.

DE MELO, Demian Bezerra. Ditadura “Civil-Militar”?: controvérsias historiográficas sobre o processo político brasileiro no pós-1964 e os desafios do tempo presente. *Espaço Plural*, [S. l.], v. 13, n. 27, p. 39–53, 2012. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/view/8574> . Acesso em: 22 out. 2024.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

DIWAN, Pietra. *Entre Dédalo e Ícaro: cosmismo, eugenia e genética na invenção do transhumanismo norte-americano (1939-2009)*. Tese de Doutorado Pontifícia universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

DIWAN, Pietra. *Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo*. São Paulo: Contexto, 2007.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DREIFUSS, René A. *1964, a conquista do Estado*. Petrópolis: Vozes, 1981.

ELÍS, Bernado. André Louco. In.: ELÍS, Bernado. *Ermos e Gerais*. Rio de Janeiro, Editora Globo, 2005

ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ESPOSITO, Roberto. *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

ESPOSITO, Roberto. *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Tradução: Alicia García Ruiz; dirigida por: Manuel Cruz. Barcelona: Herder Editorial, S.L, 2012.

ESPOSITO, Roberto. *Bios: biopolítica e filosofia*. Lisboa: Edições 70, 2010.

FANON, Franz. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Trad. Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FONTES, Maria Paula Zambrano. *Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: Um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2003. Dissertação (mestrado) – UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/imagens_arquitetura_saude_mental.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.

FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-1976). 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. A casa dos loucos. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 113-128.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo, Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 79-98.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. São Paulo; Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Fábio Luís Ferreira Nóbrega. *Da biopolítica à necrogovernamentalidade: um estudo sobre os dispositivos de desaparecimento no Brasil*. Tese de doutorado Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8133/tde-25022019->

[112250/publico/2018_FabioLuisFerreiraNobregaFranco_VOrig.pdf](#) . Acesso em: 27 ago. 2024.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Fernanda Silva de. *Adauto Junqueira Botelho e a “assistência a psicopatas” no Brasil (1938-1958)*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), 2019. Disponível em: http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertacao_fernanda_freitas.pdf . Acesso em: 23 out. 2023

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FREITAS, Josicelli. Diretrizes programáticas de saúde mental. In: Conferência Nacional de Saúde, 6, Brasília, agosto 1977, p. 219-230. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/6conferencia/an6_conf_nac.pdf . Acesso em 18 set. 2024.

FREZZATTI JÚNIOR, Wilson Antônio. A construção da oposição entre Lamarck e Darwin e a vinculação de Nietzsche ao eugenismo. In.: *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 791-820, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss/a/TbN6gCKZ8g9j3rH6SX5CzkF/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 21 jan. 2024.

FREZZATTI JÚNIOR, Wilson Antônio. *Nietzsche contra Darwin*. São Paulo: Editora Unifesp, 2022.

FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. *Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política*. Livro do aprendiz 8 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011. Disponível em: https://www.funesa.se.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-Volume-8_aprendiz.pdf . Acesso em: 17 out. 2023.

GOÉS, Weber Lopes. A Eugenia entre os séculos XX e XXI: uma discussão necessária. In.: Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 43, nº 94, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/brjxq5RqqBvyHtZ5bzfcqyt/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 16 jan. de 2024.

GOÉS, Weber Lopes. *Segregação e Extermínio: o eugenismo revisitado na capital de São Paulo (2004-2017)*. Tese de Doutorado Universidade Federal do ABC. São Bernardo do Campo, 2021.

GOFFMAN, Erving. *Manicômio, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOMES, Michel Barbosa. *Loucura e espiritismo: o surgimento dos sanatórios espíritas em Goiás, 1949-1959*. 2019. 119 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU em História) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/4139> . Acesso em: 19 maio. 2023.

GOMES, M. B. LOUCURA FEMININA EM GOIÂNIA. *Revista Mosaico - Revista de História*, Goiânia, Brasil, v. 12, p. 164–174, 2019. DOI: 10.18224/mos.v12i0.6401. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/6401> . Acesso em: 22 out. 2024.

GROS, Frédéric. *Foucault y la loucura*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2000.

GUEDES, Alexandre Maciel. *Violência manicomial: A psiquiatria na repressão durante a ditadura civil militar brasileira*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

GUIMARÃES, Ingrid Soledade. *A loucura na cidade: 30 anos da Reforma Psiquiátrica e 17 anos da lei antimanicomial no Brasil*. Dissertação de Mestrado (Psicologia Social), São Cristóvão-SE; 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/10105/2/INGRID_SOLEDADE_GUIMARAES.pdf. Acesso em 21 out. 2023.

GUILARDI, Consuelo; FERREIRA, Raquel. Reforma psiquiátrica em Goiânia: fragmentos de uma história (2005). In.: SUGIZAKI, EDUARDO et. Al (Orgs). *Deusdet-e-camaradas: história e documentos do movimento antimanicomial de Goiás (1994-2015)*. Anápolis: Editora da UEG (no prelo).

HEINDRICH, Andréa Valente. *Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Doutorado em Serviço Social: Porto Alegre-Rs, 2007. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-0310T075453Z1049/Publico/398635

HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade; MAIO, Marcos Chor. The Path of Eugenics in Brazil. In. BASHFORD, Alison; LEVINE, Philippa (Eds.): *The Handbook of the History of Eugenics*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

KIMMELMAN, Barbara. “The American Breeders’ Association: Genetics and Eugenics in an Agricultural Context, 1903-1913”, *Social Studies of Science*, Vol. 13, N. 163, 1983.

KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria da Conceição. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul/dez. 2009, p. 134-351.

KUSHNIR, Beatriz. *Cães de guarda: jornalistas e censores, do AI5 à Constituição de 1988*. São Paulo: Boitempo, 2004

LE BLANC, G. História da loucura na Idade Clássica: uma história da pobreza. In: MUCHAIL, S. T.; FONSECA, M. A. da; VEIGA-NETO, A. (org.). *O mesmo e o outro. 50 anos de História da loucura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013, p. 173-187.

LIMA, Milena Fiorim. *Nos caminhos da psicologia capixaba: notas para a história da psicologia, da psiquiatria e saúde pública no estado do Espírito Santo*. 2005, 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005. Disponível em:

[https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3050/1/Disserta%
c3%a7%c3%a3o_465_.pdf](https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3050/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_465_.pdf) . Acesso em: 21 out. 2023.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil redescoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LOSURDO, Domenico. *Para uma crítica a categoria de totalitarismo*. In.: *Crítica Marxista*. 2006. Disponível em: <https://marxists.architexturez.net/portugues/losurdo/2002/mes/totalitarismo.pdf>

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

MAGALDI, Felipe. *Mania de liberdade: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. Construindo corpos hígidos: as escolas paulistas do SENAI (1942-1955). In.: MOTA, André; MARINHO, Gabriela S. M. C. (orgs). *Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A feminilização da filantropia. *Revista Gênero*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 13-28, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/download/31210/18299/106481>

MARTINS, Hermínio. *Experimentum humanum: civilização tecnológica e condição humana*. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2012.

MARTINS, R. de C. A.; ROCHA, I. A.; DA SILVA, A. DESVIO SOCIAL, OBSESSÃO OU DOENÇA MENTAL? UM ESTUDO SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM JATAÍ (GO). *Revista Mosaico - Revista de História*, Goiânia, Brasil, v. 14, n. 2, p. 153–169, 2021. DOI: 10.18224/mos.v14i2.8876. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/8876>. Acesso em: 23 set. 2024.

MARTON, Scarlett. Uma questão de vida ou morte: a filosofia de Nietzsche e o problema da eutanásia. *Hypnos*, São Paulo, v. 7, n. 9, p. 120-134, 2002.

MARTON. Scarlett. *Nietzsche: A Transvaloração do Valores*. São Paulo: Moderna, 2006.

MARX, Karl. *O Capital. Crítica da economia política*. Livro 1. O processo de produção do capital. 10 ed. São Paulo: Biotempo, 2023. (Vol. I).

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. In.: *Temática*, n 32, 2016. Disponível em: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf> . Acesso em: 06 jan. 2024.

MUKHERJEE, Siddhartha. *O gene: uma história íntima*. São Paulo: Companhia das letras, 2016.

MOFFATT, Alfredo. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez Editora, 1980.

MOREL, B.-A. *Traité des dégénérescences: physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés malades* Paris: Baillière, 1857. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k850762.r=MOREL%2C%20B.-A.%20Trait%C3%A9%20des%20d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9rescences%20physiques%2C%20intellectuelles%20et%20morales%20de%20l%27esp%C3%A8ce%20humaine%20et%20les%20causes%20qui%20produisent%20ces%20vari%C3%A9t%C3%A9s%20malades?rk=21459;2> . Acesso em: 24 jul. 2023.

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/17721/215.pdf;jsessionid=975C7C69B99CF1DA09BA7BA28678C429?sequence=2> . Acesso em: 18 nov. 2023.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. *O nascimento da tragédia ou helenismo e pessimismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. (Companhia de bolso).

NIETZSCHE, Friedrich. *A Gaia Ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. (Companhia de Bolso).

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

NIETZSCHE, Friedrich. *O Anticristo e Ditirambos de Dionísio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. *A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental*. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-15032004-083412/pt-br.php>. Acesso em: 28 out. 2023.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. *A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. 1998. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/77798/149139.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 24 out. 2023.

PAPPÉ, Ilan. *Los diez mitos de Israel*. Madri, Ediciones Akal, 2019.

PAPPÉ, Ilan. *Los palestinos olvidados: história de los palestinos de Israel*. Madrid, Ediciones Akal, 2017.

PAPPÉ, Ilan. *The ethnic cleansing of Palestine*. London: Oneworld Publications, 2007.

OLIVEIRA, J. A. M., PASSOS, E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. In.: *Vivência* (Natal). , v.1, p.259 - 275, 2007.

PAULA, Eder Mendes de. O despejo da “Casa verde”: a desativação do Adauto Botelho de Goiânia (1993-1995). In.: MAGALHÃES, Sônia Maria de et al (orgs.). História da saúde e das doenças: escritas contemporâneas. 2. ed. Goiânia: Cegraf UFG, 2022.

PAULA, Eder Mendes de. *Da (In)visibilidade à Categorização: O louco infrator em Goiás (1930-2010)*. Tese de Doutorado, Faculdade de História da UFG, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6806/5/Tese%20-%20C3%89der%20Mendes%20de%20Paula%20-%202016.pdf> . Acesso em: 18 out. 2023.

PAULA, Eder Mendes de. O louco ou o comunista: discurso, poder e exclusão em Goiás. In.: JAMIXI Revista de História. V2. N.3, 2019a. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/jamaxi/article/view/3290>

PAULA, Éder Mendes de. Saúde e Doença: A Resistência Médica durante a Ditadura Militar na Revista Saúde em Debate (1977). *Revista História: Debates E Tendências*, 20(1), 2019, 170 - 183. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rhdt/article/view/10418>

PAULA, Éder Mendes. Mesmo assim eu quero esquecer!? Entre memória e esquecimento da saúde mental em Goiás no jornal O Popular (1995-1999). *CONTRAPONTO*, v. 10, p. 518, 2021.

PAULA, Éder Mendes de. *Os Sons do Silêncio: O louco e a loucura em Goiás*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de História da UFG, 2011.

PAULA, Éder Mendes de . Pawel Gutko: A Construção de um Louco em Goiás.. *Mneme* (Caicó. Online), v. 11, p. 01-12, 2010.

PELBAT, Peter Pal. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1989.

PENALVA DA SILVA, J. L. Eletroconvulsoterapia, não. Eletrochoque. *RESPONSABILIDADES*, v. 2, p. 35, 2013.

PEREIRA, Ana Cláudia Costa. *Negros e mestiços no Pensamento Médico de Nina Rodrigues*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História (FH), Programa de Pós-Graduação em História, Goiânia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tedeserver/api/core/bitstreams/cce0a30c-9065-4d48-93b7-eaabb059bfeb/content>. Acesso: 03 dez. 2023.

PEREIRA, Geziel Alves. Movimento Estudantil em Goiás em Tempos de Ditadura (1964 - 1979). Dissertação (mestrado) Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em História, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/3344/1/GEZIEL%20ALVES%20PEREIRA.pdf> . Acesso em: 19 ago. 2024.

PERINI, Júlia Freire. *Hospital Adauto Botelho: controle social e mulheres. Vitória-ES, (julho/1954- dezembro/1956)*. 2013. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2013. Disponível em: <https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Disserta%C3%A7%C3%B5es%20e%20Teses/Hist%C3>

[%B3ria-UFES/UFES PPGHIS J%C3%9ALIA FREIRE PERINI.pdf](#) . Acesso em: 22 out. 2023.

PERINI, Júlia Freire; CUNHA, Marcelo Durão Rodrigues da. Entre a repressão policial e o saber médico: o controle social da loucura no Espírito Santo entre o fim do século XIX e os anos 1950. In.: *Revista Maracanan*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 311-330, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6881573.pdf> . Acesso em: 23 out. 2023.

PERIZZOLO, Juliana et. al. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. In.: *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25'(2): 327-334, mai./ago. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/Z94LP9jfRJKNbn57JBrxJdc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2024.

PICCININI, Walmor J. História da Psiquiatria: Gustavo Kohler Riedel (1887-1934). In.: *Psiquiatria online Brasil*. V. 13. 2008. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano08/wal0208.php> . Acesso em: 30 out. 2010.

PICHOT, André. *La société purê: de Darwin á Hitler*. Paris: Fammarion, 2000.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: FioCruz, 2002.

REGGIANI, Andres Horacio. *Historia minima de la eugenesia en America Latina*. Ciudad de Mexico: El Colegio de Mexico, 2019.

REIS, José Roberto Franco. *Higiene mental e eugenia: o projeto de 'Regeneração Nacional' da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-1930)*. Dissertação de mestrado, Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, 1994. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/281180/1/Reis_JoseRobertoFrancanco_M.pdf . Acesso em: 18 set. 2024.

RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf . Acesso em: 15 out. 2023.

REGO SANTOS, R. de O. Heterossexualidade compulsória e a fabricação da loucura feminina em Goiás. *Revista Mosaico - Revista de História*, Goiânia, Brasil, v. 16, n. 4, p. 208–231, 2024. DOI: 10.18224/mos.v16i4.13117. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/13117>. Acesso em: 22 out. 2024.

REGO SANTOS, Ronivaldo de Oliveira. *História da loucura: o projeto do manicômio Aduino Botelho de Goiânia (1930-1950)*. São Paulo: Fonte Editorial, 2020.

REGO SANTOS, Ronivaldo de Oliveira. Loucura, Subjetivação e Gênero. *ARQUIVOS DO CMD*, v. 5, p. 258-270, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/CMD/article/view/28445/21664>

REZENDE, Joffre Marcondes de; RASSI, Anis. A MEDICINA EM GOIÁS E A FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. In.: *Medicina Ribeirão Preto*; 40 (3): 412-4, jul./set, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/339/340/672>. Acesso em: 30 out. 2023.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação. In.: BOARINI, Maria Lúcia (org). *Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003.

RIESCO, Clovis Donizeth Garcia. O COMBINADO AGRO-URBANO DE ARRAIAS - GOIÁS (1962 1964): UMA UTOPIA NO CORAÇÃO DO BRASIL. 2018. 233 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação STRICTO SENSU em História) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/4014/2/Clovis%20Donizeth%20Garcia%20Riesco.pdf>

ROJAS MALPICA, Carlos; PORTILLA GEADA, Néstor de la; VILLASEÑOR BAYARDO, Sergio Javier Historiografía de la psiquiatria latinoamericana Investigación en Salud, vol. IV, núm. 3, diciembre, 2002. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, México, 2002. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14240305> . Acesso em: 04 nov. 2023.

ROSEN, George. *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid: Alianza Editorial, 1974.

ROTTELI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In.: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1994.

ROTELLI, Franco, AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil - aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria. sem Hospício - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.41-55.

RUSCHE, G.; KIRCHHEIMER, O. *Punição e estrutura social*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SÁ MOTTA, Rodrigo Patto. Sobre as origens e motivações do Ato Institucional 5. In.: *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 38, nº 79, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/jZh4sttTXLWN5KJMWXJNQzt/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 8 jan. 2024.

SAID, Edward. *A questão da Palestina*. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

SANTOS, Sônia Ribeiro dos. *Salud Mental em Goiânia: políticas públicas, Prácticas Sociales y Discurso*. Tesis doctoral. Universidade Pontificia de Salamanca, Espanha, Madrid, 2015.

SCHALER, Jeffrey A. *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics*. Chicago: Open Court, 2004.

SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. In.: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.447-473. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/spqMfKFXKQrs7Gv58MKNNWG/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 jul. 2023.

SILVA, Leicy Francisca da. *Eternos Órfãos da Saúde [manuscrito]: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)*. Tese de Doutorado em História, Universidade Federal de Goiás, 2013. Disponível em: https://pos.historia.ufg.br/up/113/o/LEICY_FRANCISCA_DA_SILVA.pdf . Acesso em: 30 out, 2023.

SOUZA, Danigui Renigui Martins de. *A biopolítica em Giorgio Agamben: Estado de exceção, poder soberano, vida nua e campo*. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SOUZA, Vivían Batista. *DR. HAMILTON MACIEL SILVA E A PSIQUIATRIA EM SERGIPE*. Universidade Federal de Sergipe. São Cristovão-SE, 2023. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/18159/2/Vivian_Batista_Souza.pdf . Acesso em: 18 nov. 2023.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *Renato Kehl e a eugenia no Brasil: ciência, raça e nação no entre-guerras*. Guarapuava: Editora UniCentro, 2019.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *Em busca do Brasil: Edgard Roquette-Pinto e o retrato antropológico brasileiro (1905-1935)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, FGV Editora, 2017.

SOUZA, Alessandra Vieira de; SILVA, Danielle Fabiane Corrêa; MOTA, Tatiana Menezes da. Serviço social e saúde mental: o exercício profissional do assistente social no CAPS i/ad vida em Aracaju/SE. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, 2011. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/11048/2/Alessandra_Vieira_Souza.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.

SOUZA, Rildo Bento de. *Pobreza, doenças e Caridade em Goiás: uma análise do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1935)*. Jundiá: PACO Editorial, 2014.

STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In. HOCHMAN, G e ARMUS, D. (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2004.

STERN, Alexandra. *Eugenic nation: faults and frontiers of better breeding in Modern America*. 2.ed. Oakland: University of California Press, 2016.

SUGIZAKI, Eduardo. Ferramenta filosóficas para agir nas políticas públicas. In: Lílian Rodrigues da Cruz; Betina Hillesheim; Letícia Maísa Eichherr. (Org.). *Interrogações às políticas públicas: sobre travessias e tessituras do pesquisar*. 1. ed. Florianópolis: ABRAPSO, 2021, p. 93-119.

SUGIZAKI, Eduardo. O campo discursivo da história da loucura. In.: REGO SANTOS, Ronivaldo de Oliveira. *História da loucura: o projeto do manicômio Aduino Botelho de Goiânia (1930-1950)*. São Paulo: Fonte Editorial, 2020.

SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde mental*. Rio de Janeiro; Zahar Editora, 1976.

SZASZ, Thomas S. *O mito da doença mental*. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

SZASZ, Thomas. *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001.

TEIXEIRA DA SILVA, Maria Miguelina. *O perfil dos trabalhadores do CIAPS Aduino Botelho e as patologias que provocam o absenteísmo*. Especialização Em Saúde Pública com ênfase na gestão de serviços locais de saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, Programa e Pós-Graduação *Lato Sensu*. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128222/o-perfil-dos-trabalhadores-do-ciaps-adauto-botelho.pdf> . Acesso em: 15 out. 2024.

TERNES, José. Michel Foucault e a Idade do Homem. 2. ed. Goiânia: Editora da UCG; Editora da UFG, 2009.

TYDÉN, Mattias The Scandinavian States: Reformed Eugenics applied. In: Bashford, Alison; Levine, Philippa (Eds.). *The Handbook of the History of Eugenics*. Oxford: Oxford University Press, 2010. p.363-376.

VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 2011, vol.18, suppl.1, pp. 35-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>

VIEIRA, Tamara Range; LIMA, Nísia Trindade. Uma vitrine para os médicos do sertão: a Revista Goiana de Medicina e a doença de Chagas em Goiás (1955-1962). In.: *Revista Brasileira de História*, vol. 37, núm. 76, pp. 163-186, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/263/26353903009/html/> . Acesso em: 28 out. 2023.

VIEIRA, Tamara Rangel. *Médicos do sertão: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960)*. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

WACQUANT, Loïc. *Punir os Pobres: A nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WACQUANT, Loïc. *As prisões da miséria*. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.

WADI, Y. M.; CARVALHO, J. S. . Derrumbe y reconstrucción de una esperanza terapéutica. El hospital Colonia Aduino Botelho en Paraná, 1954-1995. In: Andrés Ríos Molina; Mariano Rupertuz Honorato. (Org.). *De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en*

Iberoamérica, Siglos XIX y XX.. 1ed.Ciudad de México; Madrid: UNAM; Sílex ediciones, 2022, v. 1, p. 581-640.

WADI, Yonissa Marmitt; CASAGRANDE, Attiliana de Bona. Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Aduato Botelho no Paraná, anos 1950. In.: *Trashumante*. Revista Americana de História Social 5 (2015): 174-198. Disponível em: http://trashumante_rahs.cua.uam.mx/wp-content/uploads/2015/04/11marmitt_bona.pdf. Acesso em: 15 nov. 2023.

WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1353-1371. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1353.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

Sites:

http://biblioteca.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/20120717_FOTO_FDIG_02502.jpg

<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=289>

<https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/central-de-medicamentos-1971-1997> .

<https://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/eletrochoque-eletroconvulsoterapia/>

<https://dxb-prd.mti.mt.gov.br/web/ses/adauto-botelho>

<https://hpcs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2018/07/Botelho%5ELLJ-Adauto.pdf>

<https://iela.ufsc.br/uma-unidade-de-multiplas-determinacoes-consideracoes-sobre-o-golpe-empresarial-civil-militar-de-1964-no-brasil/>

<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/06/14/ditadura-militar-presos-politicos-internacao-manicomios.htm?cmpid=copiaecola>

<https://www.behance.net/gallery/53601619/1-lugar-Concurso-Hospital-Adauto-Botelho>

<https://www.brasildefato.com.br/2021/01/15/palestina-exige-que-israel-forneca-vacina-contracovid-19-ao-povo-palestino>.

<https://www.cartacapital.com.br/politica/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas/>

<https://www.gazetadigital.com.br/editorias/cidades/inspeo-flagra-pacientes-em-trabalho-forado-no-adauto-botelho/600102>

<https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-o-financiamento-de-projetos-de-hospitais-psiquiatricos>

<https://www.intercept.com.br/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/>

<https://www.intercept.com.br/2023/10/03/documentos-mostram-como-a-ditadura-negou-o-racismo-e-o-mesmo-argumento-e-usado-ate-hoje/>

<https://www.ocafezinho.com/2023/11/23/numero-de-palestinos-mortos-no-genocidio-em-gaza-ja-ultrapassa-os-14-mil/>

<https://www.tribunapr.com.br/noticias/parana/hospital-de-pinhais-tem-paciente-que-vive-esquecido-ha-40-anos/>

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLaLOn8K4iSFREoC8a0ar0vI2voxW0vDf2>

IELA-UFSC. Uma unidade de múltiplas determinações: considerações sobre o golpe empresarial civil-militar de 1964 no Brasil. 2022. Disponível em: <https://iela.ufsc.br/uma-unidade-de-multiplas-determinacoes-consideracoes-sobre-o-golpe-empresarial-civil-militar-de-1964-no-brasil/>

Menino 23. <https://www.youtube.com/watch?v=7wHNxOohoPA>

REIS, Daniel Aarão. A ditadura civil-militar. OABRJ, 02 de abril de 2012. Disponível em: <https://www.oabrj.org.br/artigo/ditadura-civil-militar-daniel-aarao-reis>