

Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Mestrado em Psicologia

Railda Aparecida Barbosa Barreto

**Uma história dos discursos psiquiátricos, exames, internações e práticas ambulatoriais
voltadas à família em Goiás**

Goiânia
2018



**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFPG**

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 nº 9610/98, o documento conforme permissões assinadas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Railda Aparecida Barbosa Barreto

Título do trabalho: Uma história dos discursos psiquiátricos, exames, internações e práticas ambulatoriais voltadas à família em Goiás

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital (PDF) da tese ou dissertação.

Railda Aparecida B. Barreto
Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Sergio Barreto
Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 20 / 04 / 2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados 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.

² A assinatura deve ser escaneada

Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Mestrado em Psicologia

Railda Aparecida Barbosa Barreto

**Uma história dos discursos psiquiátricos, exames, internações e práticas ambulatoriais
voltadas à família em Goiás**

Trabalho final de mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Bases históricas, teóricas e políticas da psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Cassoli

Goiânia
2018

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

Barbosa Barreto, Railda Aparecida

Uma história dos discursos psiquiátricos, exames, internações e práticas ambulatoriais voltadas à família em Goiás [manuscrito] / Railda Aparecida Barbosa Barreto. - 2018.
13, 119 f.

Orientador: Prof. Tiago Cassoli.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2018.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras.

1. Família. 2. Hospitalização psiquiátrica. 3. Desospitalização psiquiátrica. 4. Goiás. I. Cassoli, Tiago, orient. II. Título.

CDU 159.9



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Rua 235, s/n. Setor Leste Universitário – Goiânia/GO – CEP: 74605-050

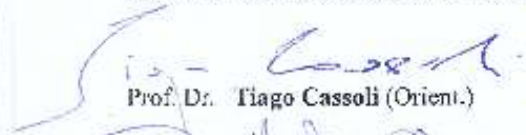
Fones: 3309-6215 / www.ppgp.te.ufg.br / Email ppgpufg@gmail.com



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

RAILDA APARECIDA BARBOSA BARRETO

Aos vinte e nove dias do mês de março de dois mil e dezoito (29/03/2018), às 9:00horas reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: Prof. Dr. **Tiago Cassoli**, doutor em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho, Prof. Dr. **Anderson de Brito Rodrigues**, doutor em Educação pela Universidade Federal de Goiás e Prof. Dr. **Fernando Luiz Zanetti**, doutor em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista para, sob a presidência do primeiro, e em sessão pública realizada nas dependências da Faculdade de Educação, procederem à defesa da dissertação intitulada: “Uma história dos discursos psiquiátricos, exames, internações e práticas ambulatoriais voltadas à família em Goiás”, em nível de Mestrado, área de concentração em Psicologia, de autoria de **Railda Aparecida Barbosa Barreto**, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pelo presidente da Banca Examinadora, Prof. Dr. **Tiago Cassoli** que fez a apresentação formal dos membros da Banca e deu-se início à apreciação e avaliação do texto. A Banca Examinadora, após a apreciação e avaliação do texto apresentado, decidiu considerá-la **aprovada**. Os trabalhos foram até às 10:44horas e eu, **Fernando Lacerda Junior**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FE/UFG, lavrei a presente ata que assino acompanhado dos membros da Banca Examinadora. Goiânia, aos vinte e nove dias do mês de março de dois mil e dezoito.


Prof. Dr. **Tiago Cassoli** (Orient.)


Prof. Dr. **Anderson de Brito Rodrigues**


Prof. Dr. **Fernando Luiz Zanetti**


Prof. Dr. **Fernando Lacerda Junior** (Coordenador do PPGP)

Aos esquecidos pela história: os sem-nomes, malcriados, desviantes, pitizentos, fracos dos miolos; também chamados de insanos, loucos, doentes mentais e anormais, que foram internados no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho – Goiânia/GO.

Agradecimentos

A Deus pela oportunidade da vida!

Ao meu querido orientador, professor Dr. Tiago Cassoli, pelos valiosos ensinamentos e por me apresentar os estudos de Michel Foucault. Serei imensamente grata pela paciência, por acreditar em mim e na minha pesquisa. Sem você eu não conseguiria.

Aos membros da banca, os professores Fernando Luiz Zanetti e Anderson de Brito Rodrigues, pela leitura atenta da minha pesquisa e pelas contribuições enriquecedoras no exame de qualificação e na conclusão dessa dissertação.

Aos professores da Universidade Paulista - Goiânia, e do PPGP-UFG por participarem de meu processo formativo enquanto psicóloga e pesquisadora.

Às secretárias do PPGP-UFG, Layce e Andrea, pela atenção e auxílio ao longo dos dois anos de mestrado.

À minha família, em especial aos meus pais, Lourdes e Reizin, e meus irmãos-anjos, João Renes e Ramon. Nas labutas da vida, juntos tecemos a nossa história, e de todas as dificuldades que passamos, escolhemos ficar mais fortes. A vocês serei eternamente grata, pois, acreditaram nos meus sonhos e tudo fizeram para que eu conseguisse realizá-los. Por causa de vocês, debaixo de um pé de pequi uma menina sonhava!

Aos meus avós, Benito (*in memoriam*), Duzinha (*in memoriam*), João (*in memoriam*) e Maria, os meus contadores de histórias. Mas, se me permitem, gostaria de deixar aqui os meus agradecimentos em especial ao meu avô, João. Ao senhor - homem negro, pobre e analfabeto - eu agradeço pela luta empreendida para que seus filhos e netos tivessem a oportunidade de estudar. Pelas humilhações sofridas, renúncias e lágrimas derramadas, sinta o meu abraço e escute a minha voz, dizendo: Sim, nós conseguimos, Vô! Pelos ombros fortes e pela coragem em enfrentar a vida, que o senhor receba no plano espiritual a minha eterna gratidão.

Aos amigos e companheiros de orientação, Alexandre e Júlio, por dividirem comigo cada momento do mestrado. Do encontro no espaço acadêmico, construímos uma amizade que extrapola os muros da universidade. Das conversas e inquietações que nasceram aqui, sem dúvida, o nosso grupo táctico continuará vivo.

Aos funcionários do Pronto Socorro Wassilyc Chuc pela atenção dada a minha pesquisa. Para eles, eu era a menina do arquivo!

Ao Kim-Ir-Sem por disponibilizar algumas das fotografias do Hospital Psiquiátrico Aauto Botelho.

Ao Maurício, pela amizade inigualável. Obrigada pelas valiosas contribuições, pela paciência em ouvir tanto sobre a psiquiatria e o Adauto Botelho e, principalmente, por me fazer acreditar que é possível realizar sonhos. Você faz parte da minha história, sendo que esta conquista também é sua.

À Geane, companheira de muitos aprendizados. Dos belos e potentes encontros que tivemos, carregarei comigo essa força que busca romper com o destino, destruir muros e realizar sonhos. Mulher guerreira, continuemos, porque o mundo também é nosso!

À Eliane, amiga querida, pelo Ser Humano que és! Nos encontros e reencontros da vida, que sejamos ainda mais resistentes.

Aos pacientes do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho que instigaram o interesse e a minha teimosia na realização da pesquisa. Para as Marias das Graças e Conceições e tantos outros, todos loucos, que ajudaram a contar essa história, prometo que seus gritos não serão esquecidos. Por vocês e para vocês nasceu essa pesquisa, com a certeza que NÓS continuaremos “dando muito trabalho” por aí!

Muito Obrigada!

Sumário

Apresentação do problema	14
Introdução	25
Capítulo 1: Considerações iniciais sobre a relação entre família e psiquiatria ao longo da história	35
1.1 A família no cerne do alienismo: ruptura e isolamento	36
1.2 A família e a função-psi: algumas considerações	38
1.3 A família nos movimentos reformistas da psiquiatria no pós-segunda guerra	42
Capítulo 2: A psiquiatria, o Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho e a família do psiquiatrizado	45
2.2 O arquivo do Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho: os prontuários e suas provocações	51
2.3 A chegada ao hospital: a participação da família nos encaminhamentos	55
2.4. O discurso do perigo e a participação da família na internação psiquiátrica – O caso de Mário.....	62
2.5. A família enfraquecida e a internação psiquiátrica como estratégia de controle de menores problemáticos – O caso de Júlia.....	66
2.6 A psiquiatrização da mulher como normatização da família - O caso de Joana	68
Capítulo 3: A Reforma psiquiátrica, a psiquiatria e a família do psiquiatrizado.	72
3.1 A ruptura nos discursos e nas práticas que se dirigiram à família no interior do Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho.....	76
3.2 A busca pela família dos pacientes asilares, o fechamento do Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho e a transferência dos “sem família”	79
Considerações Finais	83
Referências Bibliográficas	87
Epílogo	92

Lista de figuras

Figura 1: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	92
Figura 2: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	93
Figura 3: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	93
Figura 4: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	94
Figura 5: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	94
Figura 6: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	95
Figura 7: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	95
Figura 8: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	96
Figura 9: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	96
Figura 10: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	97
Figura 11: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	97
Figura 12: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	98
Figura 13: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	98
Figura 14: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	99
Figura 15: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	99
Figura 16: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	100
Figura 17: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	100
Figura 18: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	101
Figura 19: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	101
Figura 20: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	102
Figura 21: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	102
Figura 22: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	103
Figura 23: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	103
Figura 24: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	104
Figura 25: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	104
Figura 26: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	105
Figura 27: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	105
Figura 28: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	106
Figura 29: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	106
Figura 30: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	107
Figura 31: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	108
Figura 32: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	108
Figura 33: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	109
Figura 34: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	109
Figura 35: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	110
Figura 36: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	110
Figura 37: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	111
Figura 38: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	111
Figura 39: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	112
Figura 40: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	112
Figura 41: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	113

Figura 42: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	113
Figura 43: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	114
Figura 44: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	114
Figura 45: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	115
Figura 46: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	115
Figura 47: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	116
Figura 48: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	116
Figura 49: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	117
Figura 50: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	117
Figura 51: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	118
Figura 52: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	118
Figura 53: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	118
Figura 54: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	119
Figura 55: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	119
Figura 56: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	120
Figura 57: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	120
Figura 58: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	121
Figura 59: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	121
Figura 60: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	122
Figura 61: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	122
Figura 62: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	123
Figura 63: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	123
Figura 64: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	124
Figura 65: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	124
Figura 66: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	125
Figura 67: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	125
Figura 68: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	126
Figura 69: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.....	126
Figura 70: Pacientes ajudam na alimentação. Kim-Ir-Sem. 1985.....	127
Figura 71: Lavanderia, reparos feitos por pacientes. Kim-Ir-Sem. 1985.....	127
Figura 72: Cachimbo. Kim-Ir-Sem. 1985.....	128
Figura 73: Cigarro Kim-Ir-Sem. 1985.....	128
Figura 74: Fátima Kim-Ir-Sem. 1985.....	129
Figura 75: Kim-Ir-Sem. 1985.....	129
Figura 76: Eletrochoque, preparação. Kim-Ir-Sem. 1985.....	130
Figura 77: Kim-Ir-Sem. 1985.....	130
Figura 78: Entrada principal. Kim-Ir-Sem. 1985.....	131
Figura 79: Paciente chaveiro, faz tudo. Kim-Ir-Sem. 1985.....	131
Figura 80: Lavanderia, paciente. Kim-Ir-Sem. 1985.....	132

Resumo

O objetivo desta dissertação foi o de analisar, partindo da perspectiva histórica genealógica de Michel Foucault, os discursos e práticas da psiquiatria que se dirigiram à família do psiquiatrizado em Goiás. Para o alcance do objetivo tivemos como recorte histórico o ano de 1954, com a construção do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho - Goiânia, até o ano de 1995, quando, através do movimento da reforma psiquiátrica, houve a sua desativação. A partir das fontes pesquisadas, como revistas médicas, jornais, prontuários psiquiátricos, dissertações e teses, destacamos a emergência de duas rupturas que assinalam o lugar ocupado pela família no contexto da hospitalização e da desospitalização psiquiátrica. Na primeira ruptura mapeamos que a psiquiatria assumia a tutela do familiar psiquiatrizado e a família, quando se apresentava, era para responder algumas funções colocadas pela psiquiatria. Na segunda ruptura, evidenciamos que, já sob as iniciativas da reforma psiquiátrica, a família passou a ser considerada estratégica na assistência psiquiátrica em Goiás. No entanto, coube à psiquiatria se utilizar de táticas variadas para acionar a família e torná-la participante ativa na política de desospitalização. Em ambas as rupturas, discutimos sobre a formação de verdades a respeito da família e a construção de alianças da família e da psiquiatria com outros saberes, para firmar seus discursos, etc. Consideramos que não existe uma única maneira de contar história e que outras serão necessárias, porém, esperamos que esta escrita possa contribuir no debate a respeito do lugar atribuído à família na assistência psiquiátrica em Goiás, como também na preservação do acervo documental sobre a história da saúde mental no Estado, tornando-o acessível aos demais interessados na área.

Palavras-chave: Família; Hospitalização psiquiátrica; Desospitalização psiquiátrica; Goiás.

Abstract

This dissertation seeks to analyze, from the historical genealogical perspective of Michel Foucault, the discourses and practices of psychiatry applied to the family of people who undergo the psychiatry in Goiás. In order to reach our objective, we established a historical cut from the year of 1954, with the construction of the Psychiatric Hospital Aduino Botelho - Goiânia, until 1995, when, through the psychiatric reform movement, that hospital was closed. From the research sources, such as medical journals, journals, psychiatric records, dissertations and thesis, we highlight the emergence of two ruptures that indicate the place occupied by the family in the context of hospitalization and psychiatric de-hospitalization. In the first rupture, we mapped out that psychiatry assumed the custody of its subjected person and the family, when it appeared, it was to answer some of the functions made from psychiatry. In the second rupture, we show that, under the initiatives of psychiatric reform, the family was considered strategic in psychiatric custody in Goiás. However, it was up to psychiatry to use varied tactics to trigger the family and make it responsible in the treatment of the person subjected to the psychiatric power, especially as an active participant in the de-hospitalization policy. In both ruptures, we discussed the formation of statements accredited as truths about the family and the construction of alliances of the family and of psychiatry with other knowledge, to establish their speeches, etc. We believe that there is no single way of telling history and others will be necessary, but we hope that this work can contribute to the debate about the place attributed to the family in psychiatric care in Goiás. In addition, we want to contribute to preserve the documentary collection in the history of mental health in the State of Goiás, making it accessible to other people interested in this field of research.

Keywords: Family; Psychiatric hospitalization; Psychiatric de-hospitalization; Goias.

Apresentação do problema

“Sem pai e sem mãe, deixada no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho por não ter aonde ir¹”.

Iniciamos este trabalho apresentando fragmentos de uma história que foi traçada a partir de breves anotações encontradas em um prontuário psiquiátrico. São fragmentos de uma existência sem fama, esquecida dentro das caixas de papelão, mas que ao serem trazidos à tona possibilitam discutir sobre os discursos e as práticas da psiquiatria em Goiás que se dirigiram à família, seus movimentos e transformações.

Assim como Foucault (1977), ao escrever *A vida dos homens infames*², também quisemos que esse trabalho tratasse de existências reais, obscuras e desventuradas, atravessadas pelo poder psiquiátrico e encontradas por acaso em documentos. Tratamos aqui de histórias que dizem de vozes silenciadas, de vidas miúdas, infames e invisíveis que somente se tornaram perceptíveis à medida que entraram em contato com o poder e com discursos por ele produzidos.

Tendo por base as anotações deixadas no prontuário psiquiátrico de uma paciente que chamaremos de Antônia³ e com o intuito de apontar a problemática central de nossa pesquisa, convidamos o leitor para acompanhar os fragmentos que compõem essa história e que apontam para as diferentes maneiras que a família emergiu nos discursos e nas práticas da psiquiatria em Goiás. Optamos por esse começo, sabendo que a história de Antônia ajuda a contar a história de outras existências-relâmpagos que também fizeram parte do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.

A data era 07 de abril de 1973, quando moradores de Goiás-GO conduziram Antônia até a prefeitura da cidade para que fossem tomadas as devidas providências a seu respeito. Eles julgavam ser esse um caso de intervenção pública em razão de que a adolescente de quinze anos era órfã e vivia no mato ou a perambular, sem destino, pelas ruas da cidade.

¹ Prontuário nº 630.

² Conforme Foucault (1977): quis que essas personagens fossem elas próprias obscuras; que nada as predispuesse a um clarão qualquer, que não fossem dotadas de nenhuma dessas grandezas estabelecidas e reconhecidas – as do nascimento, da fortuna, da santidade, do heroísmo ou do gênio; que pertencessem a esses milhares de existências destinadas a passar sem deixar rastro; que houvesse em suas desgraças, em suas paixões, em seus amores e em seus ódios alguma coisa de cinza e de comum em relação ao que se considera, em geral, digno de ser contado; que, no entanto, tivessem sido animadas por uma violência, uma energia, um excesso na malvadeza, na vilania, na baixaza, na obstinação ou no azar que lhes dava, aos olhos de seus familiares, e a proporção de sua proporção de sua própria mediocridade, uma espécie de grandeza assustadora ou digna de pena. Parti em busca dessas espécies de partículas dotadas de uma energia tanto maior quanto menores elas próprias o são, e difíceis de discernir (p. 207).

³ Para garantir a privacidade quanto à identidade dos pacientes, neste trabalho serão utilizados nomes fictícios.

Já na prefeitura, o prefeito foi imediatamente acionado e o caso que os moradores acreditavam que ali seria resolvido, foi encaminhado, por ele, à delegacia de polícia. A justificativa que motivou a decisão foi a de que Antônia - além de ser órfã - era uma menor rebelde e muito agressiva, que vivia a incomodar e colocar em risco a segurança dos transeuntes.

Posteriormente à decisão do prefeito, os policiais que atenderam ao chamado disseram que não poderiam resolver tal situação e que o caso de Antônia deveria ser tratado pela psiquiatria, especificamente no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Nesse ponto, mesmo que as anotações referentes à admissão de Antônia no hospital psiquiátrico não foram bem explicadas, podemos apontar que, pelo conhecimento e pela relação que se estabelecia com a psiquiatria em Goiás, o poder público acreditava que o caso em questão era passível de intervenção psiquiátrica em razão da situação apresentada pela adolescente. Dessa forma, de acordo com tal decisão, Antônia foi admitida no hospital psiquiátrico às 19h30min de uma sexta-feira.

Ressaltamos que o tempo de internação de Antônia se insere dentro do período que Paula (2011) destaca como o de maior controle da psiquiatria⁴ sobre o comportamento social dos indivíduos em Goiás, quando o hospital psiquiátrico funcionou como parte do aparelho repressivo do Estado. O autor aponta ainda que os alvos da internação não eram mais o homem inapto ao trabalho, o bobo e o mentecapto, mas outros grupos que começaram a ser nomeados, classificados e inseridos na categoria da loucura.

É curioso notar, ao longo das páginas do prontuário de Antônia, como se deu a construção da sua carreira⁵ de doente mental. Vale destacar que na primeira avaliação feita pelos psiquiatras ficou evidenciado que “a paciente não é caso psiquiátrico, devendo ser encaminhada ao clínico e após, a um hospital clínico”.⁶ O exame psíquico, por exemplo,

⁴Para a construção deste estudo, consideramos de grande relevância a pesquisa realizada por Paula (2011) intitulada “os sons do silêncio: o louco e a loucura em Goiás”, principalmente em razão que ao autor discute sobre a psiquiatria ter funcionado como auxiliar na formação de uma sociedade ordenada e classificada, também respondendo aos interesses políticos. Segundo ele, em sua pesquisa teve-se a percepção de uma transformação nos discursos e nas práticas da psiquiatria a cada década, sendo que na primeira (1954 – 1964) a preocupação era com a proteção da raça, do homem sertanejo; a segunda (1964 – 1974), com o intuito de provocar maior controle sobre o comportamento social dos indivíduos, outros grupos foram incluídos na categoria de excluídos e novos saberes foram incorporados para justificar tal procedimento; e a terceira que assinala uma ruptura com os discursos da psiquiatria e suas práticas de internação, que seria o processo de instalação da luta antimanicomial que culminou no fechamento do hospital psiquiátrico em 1995 (Paula, 2011, p. 95).

⁵ Segundo Goffman (1987), em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, o termo carreira é usado para designar a trajetória percorrida pelo indivíduo tido como doente mental e internado numa instituição psiquiátrica.

⁶ Prontuário nº 630.

assinala: “paciente consciente, memória não alterada, sem queixas clínicas; não precisa de tratamento psiquiátrico”.⁷

Porém, no dia seguinte, na transformação e pelo movimento dos discursos, Antônia foi diagnosticada como “portadora de distúrbio de comportamento e infantilismo”.⁸ Desse modo, conforme analisado, o diagnóstico produzido foi suficiente para que a mesma, por ordem psiquiátrica, fosse transferida para uma das enfermarias do hospital psiquiátrico e imediatamente medicada com haldol, diazepam, fenobarbital, citrato de ferro amoniacal e complexo B. Aqui, cabe destacar outras informações, obtidas através do exame somático, que ao serem apresentados insistem em exibir as marcas do corpo de Antônia.

Paciente de higiene péssima, de difícil contato; não enferma, lábil. [...] REG, afebril, eupneica, hidratada, acianótica, hipocorada. Dentes em péssimo estado de conservação. Fórex incompleto. Ausculta pulmonar livre. Sem sopro ou desdobramento. PA= 12x7. Abdômen incompleto, simétrico, sem viscerosses ou massas palpáveis. Membros – presença de escoriações nos pulsos e no terço proximal dos braços (contenção).⁹

Quanto aos personagens que fizeram parte da chegada de Antônia ao hospital, podemos considerar que eles foram importantes para a sua internação no hospital psiquiátrico, no entanto, saíram imediatamente de cena para que a psiquiatria emergisse como a responsável e solucionadora do problema em questão. Tal afirmação se justifica desde a assinatura do termo de responsabilidade¹⁰, que conforme procedimento usual deveria ser assinado pelos familiares/responsáveis no ato de internação. Consta no documento que a própria equipe do hospital psiquiátrico se tornou responsável pela permanência de Antônia no hospital, como também pelo tratamento considerado conveniente para a paciente.

No entanto, da saída, o retorno na história de Antônia. Anos depois, o poder público e a população são convocados pela psiquiatria para que auxiliem na busca pelos familiares, e consequentemente na desospitalização “desta paciente que internada neste hospital psiquiátrico há vários anos sem ninguém a procurar, se encontra de alta e com condições de conviver em sociedade e com sua família”.¹¹

⁷ Prontuário nº 630.

⁸ Prontuário nº 630.

⁹ Prontuário nº 630.

¹⁰ O termo de responsabilidade consistia em um documento que dava plena autorização ao corpo clínico do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho para praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico que se julgasse conveniente e necessário. Ainda de acordo com o termo, o hospital estaria isento das responsabilidades civil e penal, caso o referido paciente viesse a falecer em consequência do tratamento ou empreender fuga do hospital psiquiátrico.

¹¹ Prontuário nº 630.

Seguindo a trajetória apresentada até aqui, evidenciamos que a equipe do hospital psiquiátrico tinha apenas as informações que foram relatadas no ato da internação de Antônia, principalmente a de que se tratava de uma paciente não tinha os pais e não sabia da existência de outros familiares. Como sugere o seu prontuário, podemos afirmar que nos anos iniciais de sua internação não houve nenhum registro sobre tentativas de contato com sua família ou qualquer outra referência à busca de sua desospitalização. As anotações em seu prontuário - que em sua maioria são incompletas - se resumiam na descrição detalhada de comportamentos que reforçavam o diagnóstico de doente mental e justificavam a utilização das medicações prescritas.

Goffman (1987) aponta que um dos objetivos do registro psiquiátrico, que ele também chama de dossiê, é o de mostrar as maneiras como se apresenta a doença do paciente e as razões pelas quais é correto interná-lo e/ou mantê-lo internado. Certamente, essa descrição se evidencia no prontuário de Antônia e pode ser observada no registro produzido em agosto de 1979.

Paciente com olhar atabalhado. Deficiência mental acentuada. Hábito de comer tudo que vê pela frente. Infantilismo, pensamento fantástico e oligofrenia. Paciente extremamente agressiva, rebelde, batendo no portão que dá entrada para a enfermaria, recusando a medicação oral. Foi vista e medicada com diazepam, fenobarbital, fenitoína, neuleptil e fenergan.¹²

A agressividade se tornou a característica principal de Antônia e foi ela que possibilitou a emergência de uma nova produção discursiva a seu respeito. Antônia, além de ser deficiente mental em nível acentuado, também se tornou a paciente perigosa que colocava em risco a segurança dos funcionários e de outros pacientes no hospital. Assim, com o intuito de subsidiar a produção do discurso do perigo, algumas características foram atribuídas ao seu comportamento, tais como: paciente rebelde, manipuladora, impulsiva, malcriada, insuportável, inconsequente, desobediente, inadequada, briguenta e pirracenta.¹³

Dessa forma, ao longo dos anos de internação, Antônia já não era a mesma. Seus comportamentos metamorfoseavam-se e todo cuidado era necessário, pois, como diziam as anotações, a sua loucura trazia riscos.

Paciente rebelde e agressiva. Agrediu fisicamente a paciente Marilda¹⁴, de 82 anos de idade, derrubando-a no chão, causando-lhe torção no tornozelo (suspeita de fratura). Foi contida no leito sob forte resistência e medicada sem sucesso.¹⁵

¹² Prontuário nº 630.

¹³ Prontuário nº 630.

¹⁴ Nome fictício.

De acordo com Paula (2011), a terceira transformação observada no discurso da psiquiatria em Goiás relaciona-se com o processo de instalação da luta antimanicomial no Estado, que culminou com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho em 1995. Mesmo considerando-se que os avanços do movimento somente ocorreram na década de 1990, pode-se afirmar que, ainda em meados dos anos oitenta, já havia, no interior do hospital, pequenas iniciativas que buscavam romper com práticas anteriores de isolamento e exclusão social dos doentes mentais. Os discursos que sustentavam tais ações, já apontavam, timidamente, a importância da participação da família no tratamento psiquiátrico e no processo de reinserção social do familiar internado.

Desse modo, foi no ano de 1986 que os registros no prontuário de Antônia passaram a contemplar as buscas pelos seus familiares e as tentativas de refamiliarização com a paciente. A respeito das buscas, por exemplo, destacamos trechos de ofícios do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho que foram encaminhados à delegacia de polícia e à prefeitura da cidade de Goiás, com o intuito de obter a colaboração na localização de seus familiares e também de ter acesso a qualquer documentação a respeito de Antônia, pois,

[...] esclarecemos que a mesma não tem documentos, e para que possa assumir a vida lá fora, isso é impossível. Pedimos, portanto, que caso encontre os referidos familiares, peça-os para comparecerem ao hospital ou então mande qualquer documento ou dados mais precisos para que possamos tomar as devidas providências neste sentido. (Of. 10/02/1986).¹⁶

No entanto, apenas por parte da prefeitura, se obteve a seguinte resposta:

Caro colega, venho por meio desta comunicar-lhe que não foi possível localizar os familiares da paciente Antônia. Procuramos aqui na cidade de Goiás, pedimos a colaboração a assistente social de Araguapaz (antigo cavalo queimado) e não foi possível encontrá-los (Resposta do assistente social, prefeitura de Goiás, 27/03/1986).¹⁷

Conforme analisado, as buscas por informações de familiares de Antônia não obtiveram êxito e ainda no ano de 1986 tentou-se a reintegração da paciente em outra família. Nesse ponto, destacamos que a paciente agressiva e perigosa, que antes necessitava da internação e do isolamento, adquiriu condições de cruzar os muros do hospital e conviver em família. Destarte, segundo a observação psiquiátrica, a “paciente há vários meses está equilibrada, apresentando comportamento adequado, bom relacionamento com as colegas e

¹⁵ Prontuário nº 630.

¹⁶ Prontuário nº 630.

¹⁷ Prontuário nº 630.

funcionários; por estar mais bem sintonizada tem participado das atividades e aceitado melhor a disciplina das enfermeiras”.¹⁸

Assim, estando a paciente em condições de adaptação fora da instituição, ainda no ano de 1986, entra em cena uma nova personagem - uma enfermeira do próprio hospital, que chamaremos de Alice. Ela, por ter construído boa relação com a paciente, manifestou interesse em levá-la para sua casa com a autorização do hospital, numa tentativa de desospitalização.

A família da paciente jamais apareceu no hospital. Várias tentativas foram feitas no sentido de localizá-la, sem resultado. Uma funcionária da enfermagem que gosta muito da paciente a levou para morar em sua residência, com a autorização da equipe do hospital.¹⁹

A respeito dessa experiência de refamiliarização, destacamos o parecer da equipe do hospital, realizado numa visita domiciliar:

A equipe de técnicos da Enfermaria Lene Lopes (Médico psiquiatra, enfermeira, assistente social e psicóloga), vem fazendo visitas periódicas à paciente Antônia, que no momento está residindo, como experiência, na casa da família de uma funcionária do hospital, Alice. O objetivo destas visitas é o de avaliação e observação do comportamento da paciente no ambiente familiar e concluímos que está sendo válida a permanência, tanto fisiológica quanto psicológico da paciente neste ambiente. Constatamos também que, quando no hospital apresentava uma carência afetiva bastante acentuada, procurando chamar atenção, às vezes com teimosia, outras vezes com certa dependência, no momento se mostra mais estruturada, adaptada, conversando normalmente. Apresenta boa aparência, boa postura e seu humor que anteriormente era um tanto irregular (risos e choros sem motivos), também se encontra modificado. É a terceira visita à paciente pela equipe da enfermagem. Tivemos uma boa receptividade por parte da paciente, da funcionária e seus parentes, constatando positivo, por enquanto, o ajustamento da paciente no ambiente.²⁰

Na medida em que a tentativa parecia exitosa e a desospitalização de Antônia próxima, meses após a realização da visita domiciliar, alguns acontecimentos colocaram em questão o seu “ajustamento familiar”. Afinal de contas, Antônia estava apta a conviver com a família de Alice ou mesmo a receber alta do hospital?

Antônia há cerca de dois meses passou a residir junto à família da enfermeira Alice. Retornou ao hospital apresentando mudanças em suas atitudes, que até então eram compensadas com perfeito ajustamento familiar. Antônia passou a

¹⁸ Prontuário nº 630.

¹⁹ Prontuário nº 630.

²⁰ Prontuário nº 630.

criar problemas, com possíveis envolvimento afetivos e inadequação comportamental junto à família de Alice. Paciente de baixo nível intelectual. Demonstra série de suas limitações intelectivas, devendo retornar a enfermaria do hospital e ser internada. Observação: estava em uso de Carbolitium, “prescrita” pela enfermeira.²¹

Conforme analisado, Antônia, que não mais era a paciente equilibrada e bem comportada, deveria ser readmitida no hospital para continuidade do tratamento psiquiátrico. Para justificar tal posicionamento, os enunciados presentes em seu prontuário passaram a contemplar os mesmos problemas de comportamento assinalados anteriormente, já que “persiste agressividade e conduta inadequada. A paciente é manipuladora e apresenta comportamento pueril”.²² E assim, Antônia, a “paciente irritada e querelante, portadora de grave distúrbio de comportamento”²³, reassumiu o seu posto de doente mental no hospital psiquiátrico.

Podemos considerar que um ano de hospitalização foi suficiente para que o “quadro psiquiátrico” se estabelecesse e novas tentativas de reinserção familiar pudessem ser realizadas. Assim, novamente, se tentou a readaptação de Antônia na família de Alice, em razão que a “funcionária, mais uma vez se ofereceu para levar a paciente para morar com ela”.²⁴ Todavia, dois meses depois,

Às 22 horas, Antônia retornou ao hospital, trazida pela funcionária Alice que relatou estar a referida paciente dando muito trabalho. Não foi feita a admissão porque a própria Alice tratará destas formalidades amanhã. Antônia apresenta aspecto regular, relata ter sido espancada a cinto. Existem algumas marcas de agressão nos membros inferiores, coxas e pernas. Foi medicada com Haldol 01 amp + fernegan 01 amp.²⁵

Sem informações de seus familiares e pelas tentativas de desospitalização realizadas sem sucesso, Antonia continuou internada no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. No entanto, no ano de 1989 a sua história ganhou uma nova configuração.

As anotações no prontuário falam discretamente sobre o envolvimento sexual de Antônia com outros pacientes e também com alguns membros da Cavalaria, que se localizava ao lado do hospital psiquiátrico. Diziam que Antônia, por se tratar de uma “paciente fujona”²⁶,

²¹ Prontuário nº 630.

²² Prontuário nº 630.

²³ Prontuário nº 630.

²⁴ Prontuário nº 630.

²⁵ Prontuário nº 630.

²⁶ Prontuário nº 630.

várias vezes foi encontrada perambulando nas proximidades da instituição. Nessa época, diante queixas de cefaleia, enjoos e desmaios, descobriram que Antônia estava grávida.

Com a descoberta da gravidez, outras transformações vieram nas anotações de seu prontuário, uma vez que a ênfase passou a contemplar os exames gestacionais e a preparação de Antônia para a adoção do seu bebê²⁷. Sobre esse último, conforme registro,

[...] paciente se encontra bem, com linguagem normal e vigil, recusa de ter de se separar do filho quando este nascer. Diz que ganhou umas roupinhas de uma enfermeira, que a Assistente Social vai encontrar uma família para levá-la juntamente com seu filho e que não irá separar dele.²⁸

Antes do período previsto, Antônia foi levada à Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, em Goiânia, onde deu entrada com estado adiantado de parto. Na ocasião, o único registro feito a respeito, menciona que no dia 02 de abril de 1990 a paciente “deu à luz a uma criança do sexo feminino”.²⁹ Cumpre ressaltar que, no mesmo dia do parto, Antônia foi submetida ao procedimento de laqueadura e, no que se refere ao nascimento de sua filha, não houve qualquer informação em seu prontuário sobre o assunto.

No dia 13 de junho de 1990, Antônia foi encaminhada até São Miguel do Araguaia – GO, acompanhada por uma auxiliar de enfermagem, onde tentou novamente encontrar sua família. A informação que se tinha era a de que seus familiares residiam nesta cidade e não na cidade de Goiás, conforme a informação repassada pelos policiais no ato da internação. Nesse momento, foi realizada uma rigorosa busca no cartório civil, na prefeitura, na delegacia, no cartório eleitoral, na agência funerária, em fazendas, em pontos de táxi e no sindicato rural. Além disso, também foram feitos anúncios pela cidade com um carro de propaganda.

Diante tamanha procura, foi encontrado um rapaz que afirmava ter uma prima com os mesmos dados e que há muito tempo esteve em tratamento no Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho, mas que naquele momento residia com outros familiares em Xinguara – PA. Apesar da semelhança dos dados, o mesmo afirmou que não conhecia a paciente Antônia e que nunca houve desaparecimento em sua família.

²⁷ Tal acontecimento se assemelha a história contada por Arbex, no livro *Holocausto Brasileiro*, já que no Hospital de Barbacena – MG, também se realizava adoções de crianças nascidas no hospital, sob a justificativa que suas mães eram loucas. Segundo Arbex (2013), “pelo menos três dezenas de bebês nascidos no Colônia foram doados logo após o nascimento sem que suas mães biológicas tivessem a chance de niná-los. É compreensível que, depois, disso, muitas mulheres tivessem de fato, enlouquecido” (p. 122). Sobre a filha de Antônia, em conversa informal com uma assistente social que trabalhou no Aduato Botelho, assunto que será tratado adiante, ela pontuou que acompanhou os trâmites da adoção e que a menina foi adotada por uma família que residia na cidade de Goiânia.

²⁸ Prontuário nº 630.

²⁹ Prontuário nº 630.

Ele conferiu o registro que tínhamos levado, era realmente da família dele. No entanto, a prima dele mora em Xinguara – PA, é casada e tem filhos. Segundo ele, sua prima também tem uma cicatriz de tiro na perna.³⁰

Pelas anotações do prontuário, essa foi a última tentativa de localização da família e mesmo as rigorosas buscas não foram capazes de encontrar alguma notícia que fosse compatível com a história de Antônia. Do contrário, descobriram que a ficha com os dados de identificação que havia guiado à procura em São Miguel do Araguaia - GO pertencia à outra paciente.

[...] Fiz várias entrevistas com Antônia para ver se ela conseguia lembrar de seus pais, mas ela começou a ficar muito rebelde, dizendo que era filha de satanás. Ela não me informou nada, não quis colaborar, fez greve de fome, gestos muito feios e agressão verbal. Ao final da busca ela me disse que seu pai não chama José³¹ e sim Antonio e sua mãe não é Júlia³² e sim Geralda, e que ela foi encontrada em uma estrada, só, perto de uma ponte. Ao chegar à Goiânia, concluímos que a ficha que se encontra no prontuário não é de Antônia e sim de outra paciente que esteve internada no hospital psiquiátrico (Relatório de procura dos familiares de Antônia, 13/06/1990).³³

Antônia continuou internada no Aduino Botelho e de acordo com as anotações, com o passar dos anos, parecia regredir no tempo e apresentar os mesmos comportamentos inadequados que justificaram a sua internação e também a sua permanência no hospital. Ela era a paciente com nível acentuado de deficiência, “pitizenta, manipuladora e infantil³⁴, que ao perceber a presença dos médicos na enfermaria, começava a reclamar de uma dor e outra, apenas para obter atenção. Esse era o seu famoso espetáculo, já conhecido pela equipe do hospital.

Em virtude dos avanços da reforma psiquiátrica em Goiás e da implantação de novos serviços de atenção psicossocial, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho foi desativado em 1995. Na oportunidade, Antônia, juntamente com quase duzentos pacientes asilares, descritos como abandonados e rejeitados pela família, foram transferidos para outras unidades de assistência psiquiátrica no Estado. Segundo reportagem publicada no jornal em O popular, os pacientes - muito dos quais estavam no Aduino desde a sua inauguração em 1954- foram espalhados por clínicas psiquiátricas particulares e instituições, tanto na capital quanto no interior (Aduino Botelho fecha terça-feira, O popular, 29 de outubro de 1995).

³⁰ Prontuário nº 630.

³¹ Nome fictício.

³² Nome fictício.

³³ Prontuário nº 630.

³⁴ Prontuário nº 630.

Mas a história de Antônia não se encerrou com a desativação do hospital psiquiátrico. Tivemos acesso ao registro produzido no ano de 2003, em que consta que a paciente que continuou hospitalizada no Pronto Socorro Wassilic Chuc e posteriormente encaminhada a uma residência terapêutica, continuava “inquieta, agitada, agressiva e dando muito trabalho”.³⁵ Nesse mesmo ano, pelo último registro que tivemos acesso, Antônia tentou o suicídio.

Atendemos hoje, a usuária Antônia, após sermos informados pela coordenadora Marina³⁶, que ontem ela pegou duas camisetas e tentou se enforcar em um dos portões do Pronto socorro. Durante o atendimento, informou-nos que “ontem eu tentei me matar no Wassilic Chuc; Ouvi a voz da minha mãe dizendo: Se mata, você está sofrendo demais, não tem mais razão para viver”. Quando lhe interrogamos o que estava sentindo nesse momento, relatou-nos: “Eu não tenho nenhum parente na minha vida, eu não tenho ninguém”. Abordamos com ela a necessidade de continuar vivendo, inclusive lhe descrevendo suas novas conquistas na vida (novas amigas no CAPS e no Wassily, conforme relatos feitos por ela em atendimentos anteriores nesta Unidade). Antônia expressou está com muita dor de cabeça, dores no pescoço e tonturas; disse estar tomando muitos remédios, mas não soube dizer o nome de nenhum deles. Mais tarde evidenciou em sua fala “minha mãe está me dizendo para eu ir de qualquer jeito”³⁷ (Grifos dos autor).

Antônia, a “paciente sem pai e sem mãe”³⁸, também foi deixada numa residência terapêutica por não ter aonde ir. São essas as palavras que resumem a situação de Antônia, a adolescente-órfã que sequer deveria ser internada, a menina que se transformou em mãe, mas que um saber/poder lhe tirou o direito de ter a sua família. Assim, pelos poucos enunciados discursivos³⁹ que ainda existem, a sua existência-relâmpago se resume exatamente ao que foi dito nessas poucas palavras, e nada, além disso.

Partindo dos fragmentos que contam a história de Antônia, pela qual se analisa a produção e o movimento de discursos e práticas psiquiátricas, apresentamos esta pesquisa, com o objetivo de investigar como se deu a relação da psiquiatria com a família do psiquiatrizado⁴⁰ em Goiás, a partir do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. Para tanto, esta pesquisa se assentou na problemática proposta por Michel Foucault, de que a relação da psiquiatria com a família foi socialmente e historicamente construída, sofrendo grandes

³⁵ Prontuário nº 630.

³⁶ Nome fictício.

³⁷ Prontuário nº 630.

³⁸ Prontuário nº 630.

³⁹ Segundo Albuquerque Júnior (2008), os discursos traçam o destino dos personagens que se fala, não somente através dos seus atos, mas de suas próprias palavras. Palavras que garantem para si “um futuro de glória, de ignomínia ou de esquecimento” (idem, p. 228).

⁴⁰ Neste trabalho, utilizamos o termo “família do psiquiatrizado” para evidenciar a família que teve um ou mais de seus membros internados no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.

deslocamentos e transformações ao longo da história. Conforme o autor, a loucura, ao ser medicalizada e se transformar em doença mental, possibilitou não somente a emergência da psiquiatria como especialidade médica, mas como saber capaz de penetrar e intervir nos espaços mais íntimos da vida social, como no caso da família (Foucault, 2010).

Sendo assim, situados nessa discussão, buscamos analisar duas rupturas que emergiram nos documentos pesquisados: 1) os discursos e práticas da psiquiatria que foram dirigidos à família do psiquiatrizado no contexto da hospitalização psiquiátrica; e 2) os discursos e práticas da psiquiatria que foram dirigidos à família do psiquiatrizado no contexto da desospitalização psiquiátrica.

Destacamos que, na primeira ruptura, a ênfase foi dada ao modelo hospitalocêntrico, no qual a familiar psiquiatrizado era submetido à tutela da psiquiatria e, quando havia a participação da família, essa se dava apenas nos encaminhamentos e na prestação de informações, isto é, no fornecimento de elementos que justificavam as práticas de internação e medicalização da psiquiatria. Outra configuração emergente nessa ruptura se refere aos “loucos” que, por não possuírem família ou por fugirem ao controle desta, eram encaminhados ao hospital psiquiátrico pela polícia, julgados de menores, autoridades municipais, etc., que julgavam os casos passíveis de intervenção psiquiátrica.

Outra ruptura demarcada diz respeito às transformações nos discursos e nas práticas da psiquiatria que se dirigiram à família do psiquiatrizado no contexto da reforma psiquiátrica. Desse modo, a ênfase foi dada ao lugar ocupado pela família no modelo psicossocial de assistência psiquiátrica, especificamente nas práticas de desospitalização do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho e de reinserção social e familiar dos pacientes psiquiátricos.

Apresentada a problemática que atravessa e tece nossa escrita, destacamos que esse é um dos modos de contar uma história; uma história que se fez a partir de rastros deixados em documentos e que poderá abrir caminhos para que outros também possam escrevê-la.

Introdução

A presente pesquisa objetivou investigar os discursos e práticas da psiquiatria que foram dirigidos à família do psiquiatrizado em Goiás, tendo como recorte histórico o ano de 1954, com a construção do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho em Goiânia⁴¹, até o ano de 1995, quando houve a desativação do hospital psiquiátrico. O nosso campo de análise se referiu às rupturas encontradas nos discursos e nas práticas da psiquiatria que foram produzidos no interior do hospital psiquiátrico e se dirigiram à família do psiquiatrizado.

Situados no período demarcado e a partir das fontes pesquisadas, propomos levantar eixos de análise que pudessem evidenciar as estratégias e táticas da psiquiatria que ao incidirem sobre a família, respondiam a certas regras, princípios, funções e interesses. Desse modo, ao problematizarmos os discursos e as práticas produzidas pela psiquiatria em Goiás, buscamos mapear nos jogos de poder e de verdade e nas alianças com outros saberes, as condições que deram possibilidade para a emergência desses objetos que nos chegam à atualidade a partir das produções discursivas.

Trata-se de uma pesquisa de caráter documental que se apoiou na perspectiva histórico-genealógica de Michel Foucault, cuja tarefa consiste em mapear, no interior de uma trama histórica, as condições que possibilitaram a formação dos objetos. Nessa perspectiva, a partir da genealogia foucaultiana, buscamos mapear e problematizar as condições que deram possibilidade para a emergência das rupturas encontradas, evidenciando os regimes de verdade, os campos de força e as fissuras que se apresentam nessa história.

Foucault (1979), ao utilizar-se da genealogia, nos convida a desconfiar de falsas continuidades e de objetos tidos como portadores de essência, e a problematizar as objetivações que se constroem no movimento de múltiplas práticas. Dessa maneira, ao propor destruir as evidências e a fazer “ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo” (1979, p. 28), o autor aponta que sujeitos e objetos do conhecimento possuem história e que é pela luta, relações poder e saber, estratégias e táticas, que eles foram produzidos.

Evidenciamos que a genealogia não deve ser vista como oposição ou ruptura com a arqueologia⁴², perspectiva de análise também utilizada por Foucault. No entanto, diferentemente da arqueologia, cuja preocupação se encontrava nas regras que regiam os

⁴¹ É importante destacar que os discursos e práticas da psiquiatria não se limitaram ao espaço hospitalar, em razão que eles também foram produzidos e disseminados noutros contextos. No entanto, pelo fato do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho ser considerado o representante da institucionalização da psiquiatria em Goiás (Paula, 2011), se justifica o nosso interesse em problematizar o que se produziu a respeito da família em seu interior.

⁴² Ver arqueologia do saber, Foucault (1987).

discursos, a genealogia refere-se à ampliação do campo de investigação do discurso, pois acrescenta, de maneira mais precisa a análise das práticas não discursivas e, principalmente, a relação entre a discursividade e não discursividade (Foucault, 1979 e Castro, 2014).

Segundo Castro (2014), a analítica passa a contemplar os discursos e práticas que fazem parte do sistema estratégico do poder, no qual o saber se situa no âmbito das relações de força, das lutas e sua análise ocorre em termos de estratégias e táticas de poder que se movimentam em diferentes níveis. A genealogia procura, na história dos objetos, a luta e o jogo entre as forças que estavam em campo e que permitiram a emergência desses objetos. Sendo assim, segundo Foucault (1979), a genealogia “agita o que se percebia imóvel, fragmenta o que se pensa unido, mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo” (p.21).

Para Lemos et al. (2016), a genealogia sendo uma das maneiras de se escrever a história, recua no tempo para analisar as rupturas e heterogeneidades, colocando em evidência os jogos e as relações de saber e poder, as verdades e as forças que se apoderaram dos discursos e que atravessam as práticas sociais. Sob essa perspectiva, a qual entende que a história dos acontecimentos não ocorre de maneira linear e progressiva, a análise que se realizou neste trabalho considera que a história apresentada é fragmentária - porque recusa qualquer pretensão de totalidade (Lobo, 2015, p. 17) - é feita de descontinuidades, rupturas e é marcada por lutas e acontecimentos particulares.

O historiador descobre que o prazer de seu ofício não está no encontro com a verdade derradeira, mas na sua procura, e que a finalidade de seu saber não é encontrar as versões definitivas sobre os fatos, mas desmontar aquelas versões tidas como verdadeiras, tornando outras possíveis, libertando as palavras e as coisas que nos chegam do passado de seu aprisionamento museológico, permitindo que outros sentidos se produzam, que outras leituras se façam (Albuquerque Júnior, 2008, p. 101).

Foucault (1979; 1997) ressalta que a genealogia não pretende recuar no tempo para estabelecer a origem ou uma linha evolutiva na história dos acontecimentos, mas para sacudir a quietude com a qual aceitamos as coisas. Trata-se de olhar diferentemente para a história⁴³ e suspeitar acerca de toda e qualquer declaração que nos chega definitiva e universalizante,

⁴³ O historiador descobre que o prazer de seu ofício não está no encontro com a verdade derradeira, mas na sua procura, e que a finalidade de seu saber não é encontrar as versões definitivas sobre os fatos, mas desmontar aquelas versões tidas como verdadeiras, tornando outras possíveis, libertando as palavras e as coisas que nos chegam do passado de seu aprisionamento museológico, permitindo que outros sentidos se produzam, que outras leituras se façam (Albuquerque Júnior, 2008, p. 101).

entendendo que nela se encontra a dispersão e as artimanhas das forças, conforme nos dizem Rago e Veiga Neto (2008).

Nesse sentido, segundo Veyne (1998), é preciso desviar os olhos dos objetos naturais para se perceber certa prática, muito bem datada, que os objetivou. Sob esse prisma, o autor destaca que os objetos devem ser analisados como correlatos de práticas que se movimentam e se atualizam em cada momento da história, pois elas se ancoram umas nas outras, objetivando e subjetivando novas relações. Sendo assim, partindo da perspectiva de que práticas produzem novos objetos através de atualizações e rearranjos, acreditamos que a relação da psiquiatria com a família de pacientes psiquiátricos é correlata de múltiplas práticas, que se formou a partir de saberes e poderes.

O trabalho histórico da genealogia permite demolir evidências, desconstruir e desnaturalizar verdades sobre o que somos e o que estamos nos tornando enquanto sujeitos, sendo que recuo histórico se faz necessário, porque ao distanciarmos do presente não corremos o risco de ser capturados e naturalizados a partir de estratégias de poder que atuam em nossa atualidade. Segundo Castro (2014), não se trata de compreender o presente a partir do passado, mas para que possamos evidenciar as linhas de forças que nos constituem e os acontecimentos que repetimos, é necessário olhar para o passado para estranhar o que é naturalizado no presente.

[...] meu projeto não é o de fazer um trabalho de historiador, mas descobrir porque e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos. Se faço isso, é com o objetivo de saber quem somos hoje. Quero concentrar meu estudo no que nos acontece hoje, no que somos, no que é nossa sociedade. Penso que há, em nossa sociedade e naquilo que somos, uma dimensão histórica profunda e, no interior desse espaço histórico, os acontecimentos discursivos que se produziram há séculos ou há anos são muito importantes. Somos inextricavelmente ligados aos acontecimentos discursivos. Em certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito, há séculos, meses, semanas (Foucault, 2006b, p. 258).

A genealogia também diz respeito ao corpo, às marcas dos acontecimentos que carregamos e às outras que foram produzidas em nossos antepassados. Segundo Foucault (1979), o trabalho genealógico se insere no ponto de articulação do corpo com a história, ponto no qual se deve mostrar o corpo marcado pela história, e a história danificando esse corpo. É nesse sentido que Lobo (1997) e Castro (2014) assinalam que desenrolar a linha de uma trama histórica pode jogar alguma luz sobre nossa atualidade, levando-nos a diagnosticar as forças atuantes que se deslocam por toda a sociedade, marcam nossos corpos e nos constituem enquanto sujeitos.

Pretendendo desprender das análises históricas que, apoiadas na visão continuista da história, concebem o documento como uma matéria inerte, a genealogia entende que a análise do documento deve partir de seu interior, desmontando-o e problematizando suas séries, suas relações. Segundo Le Goff (2003), o documento é o efeito de uma montagem da história, da época, da sociedade que o produziu e o manipulou. Em outras palavras, o documento é um campo de batalha que, construído historicamente a partir de relações de força e jogos de poder, também é produtor de práticas discursivas e não discursivas. Desse modo, conforme o autor, nenhum documento é inocente.

Todo o documento é um monumento que deve ser desestruturado, desmontado. O historiador não deve ser apenas capaz de discernir o que é "falso", avaliar a credibilidade do documento, mas também saber desmistificá-lo. Os documentos só passam a ser fontes históricas depois de estarem sujeitos a tratamentos destinados a transformar a sua função de mentira em confissão de verdade. (Le Goff, 2003, p. 91).

Neste trabalho, buscamos descrever e problematizar os documentos de uma época, concebendo-os como práticas descontínuas e fazeres históricos, levando em consideração, segundo Albuquerque Júnior (2008), que eles devem ser analisados como acontecimentos produtores de discursos e verdades que nos cercam e nos definem. Desse modo, o conjunto de documentos⁴⁴ que analisamos não deve ser visto como uma matéria estática, mas como um conjunto que se compõe de elementos que se movimentam, se atualizam, estabelecem relações e produzem efeitos.

Para problematizar os documentos elencados para a nossa pesquisa, apropriamos de dois operadores trabalhados por Foucault, que são discurso, prática. Dessa forma, passemos a discutir, mesmo que brevemente, a respeito dos mesmos.

O discurso, que é um dos temas centrais do trabalho de Foucault, conforme aponta Castro (2014), é entendido como um conjunto de enunciados que respondem a funções específicas e possibilita o funcionamento das relações de poder. Para Foucault (2002; 2009), o discurso não deve ser analisado em seu aspecto linguístico e interpretativo, no qual a ênfase se encontra no sujeito falante e na busca pelo seu sentido, mas sua analítica deve entender as práticas descontínuas como jogos estratégicos que respondem a funções específicas no interior de um sistema de poder.

⁴⁴ Segundo Albuquerque Júnior (2008), a analítica do documento deve começar com a sua leitura irônica, isto é, devemos provocar o texto, questioná-lo, confrontá-lo com outras interpretações; é colocá-lo novamente em movimento, fazê-lo novamente viver entre nós, para que as verdades cristalizadas que carrega e ajudou a disseminar sejam novamente postas em dúvida e em discussão.

Longe de ser um elemento neutro e transparente, Foucault (2009) aponta que o discurso é um acontecimento histórico e político, que possui ordem em sua enunciabilidade, isto é, é controlado por regras que em cada época tem seu regime daquilo que se pode ver, falar, mostrar. Sendo assim, podemos dizer que ele é estratégico, que seu uso segue objetivos e astúcias dadas por interesses diversos (Albuquerque Júnior, 2008, p. 99); que é pelo discurso que o poder se manifesta e movimenta, através de múltiplas formas, criando regimes de verdades.

Em nossas sociedades (e em muitas outras sem dúvida), a propriedade do discurso – entendida ao mesmo tempo como direito de falar, competência de compreender, acesso lícito e imediato ao corpus dos enunciados já formulados, capacidade enfim, de investir esse discurso em decisões, instituições ou práticas – está reservada de fato (às vezes mesmo, de modo regulamentar) a um grupo determinado de indivíduos (Foucault, 1997, p. 75).

Ao considerarmos que o discurso é intencional e responde a determinadas funções, forças e interesses, tratamos, neste trabalho, de discursos de verdade que se apresentam como científicos, por que foram produzidas por especialistas no interior de uma instituição científica (Foucault, 2010, p. 7). Posto isto, justifica-se também o interesse do nosso texto que não estando isento de intencionalidades, busca circunscrever os discursos de verdade formulados pela psiquiatria, no interior do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, que foram dirigidos à família de pacientes psiquiátricos.

No que tange a noção de prática, Veyne (1998) considera que assim como o discurso que não sendo uma instância misteriosa se refere ao que é dito, a palavra prática diz respeito ao que é praticado, ao que as pessoas fazem, isto é, “a palavra significa exatamente o que diz” (Idem, p.133). Corroborando com o posicionamento de Foucault, ele afirma que os objetos são correlatos de práticas, que se explicam “pelo que foi o fazer em cada momento da história” (Idem, p. 133). Desse modo, as práticas se movimentam, atualizam, determinam os objetos e atribuem sentidos a eles.

Em resumo, em certa época, o conjunto das práticas engendra, sobre tal ponto material, um rosto histórico singular em que acreditamos reconhecer o que chamamos, com uma palavra vaga, ciência histórica ou, ainda, religião; mas, em outra época, será um rosto particular muito diferente que se formará no mesmo ponto, e, inversamente, sobre um novo ponto, se formará um rosto vagamente semelhante ao precedente. Tal é o sentido da negação dos objetos naturais: não há, através do tempo, evolução ou modificação de um mesmo objeto que brotasse sempre no mesmo lugar. Caleidoscópio e não viveiro de plantas. Foucault não diz: "De minha parte, prefiro descontínuo, os cortes", mas: "Desconfiem das falsas continuidades" (Veyne, 1998, p. 139).

Conforme apresentado anteriormente, fazer a genealogia dos discursos e das práticas é buscar demarcar suas transformações, deslocamentos e trajetórias. É propor a análise histórica das condições de possibilidade que os fizeram aparecer, no entanto, sabendo que esses acontecimentos históricos correspondem a manobras, lutas e enfrentamentos e que figuram em um cenário de batalha. Sendo assim, como aponta Castro (2014), a análise das relações de poder opera em termos de estratégia e tática, que devem ser vistas como jogos de força, de interesses e de poderes políticos que são mutáveis e circulantes de acordo os objetivos a se alcançar.

Foucault (1979) aponta que o genealogista é um amante das bibliotecas e documentos empoeirados e engavetados, das notas de rodapé que quase ninguém lê; além do mais, é meticuloso e pacientemente documentário, pois o trabalho exige um demorar-se sobre acontecimentos históricos. O genealogista se interessa pelos saberes dominados⁴⁵, aqueles que por muito tempo foram considerados inferiores, indignos de serem tratados pela ciência formal. São saberes dominados, aqueles “que foram desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido de conhecimento ou de cientificidade” (Idem, p. 170).

Partindo de tal compreensão, nossa pesquisa englobou os saberes dominados, cujo material de análise foi composto por revistas médicas, jornais, relatórios de saúde mental, dissertações e teses; encontrados em web sites, arquivos públicos e privados, bibliotecas e centros de documentação. Também, pelo fato do Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho ter sido considerado como o representante da institucionalização da psiquiatria em Goiás (Paula, 2016, p. 10), elegemos alguns de seus prontuários para a análise.

A respeito dos prontuários, partimos da perspectiva de que eles fazem parte do procedimento de exame, que Foucault (1987) entende como uma técnica de individualização e normalização, um mecanismo disciplinar em que se articulam as relações de poder com a formação de saberes. Ele ressalta que por meio do exame produz-se um campo documentário minucioso; um sistema intenso de registro sobre o indivíduo, colocando-os sob a vigilância e controle de um saber permanente e de técnicas disciplinares. É nesse contexto que cada

⁴⁵ Foi a insurreição, o aparecimento destes saberes que estão embaixo – saberes não qualificados, e mesmo desqualificados do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinqüente, etc., que chamarei de saber das pessoas e que não é de forma alguma um saber comum, um bom senso, mas, ao contrário, um saber particular, regional, local, um saber diferencial que opõe a todos aqueles que o circundam – que realizou a crítica (Foucault, 1979, p. 170). Nesse sentido, nosso estudo também diz respeito aos saberes dominados, isto é, aos conteúdos históricos que foram desconsiderados ao longo da história e que ao serem ‘desenterrados’ tecem nossa escrita.

indivíduo torna-se um caso passível de descrição, comparação, classificação e normalização, pois o resultado do exame é um “arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constitui ao nível dos corpos e dos dias” (Idem, p.216).

Das intensidades vindas do contato com o arquivo e seus prontuários também fizemos um diário de campo que foi apresentado ao longo do texto. Seguindo a perspectiva assinalada por Lourau (1993), de que o diário de campo diz respeito a “aquilo que está fora de cena; fora da cena oficial da escritura” (p.71), o escrevemos de acordo com as provocações do que se produziu no arquivo e também do que chegou por outras vias que não os documentos.

As pesquisas genealógicas também dizem a respeito da posição ocupada pelo pesquisador na trama que ele analisa, no jogo de forças que ele mapeia e do interesse que ele possui com a realização de sua investigação. Sendo assim, reconhecendo a experiência que perpassa o processo de construção desta pesquisa, consideramos relevante apresentar a trajetória percorrida ao problema de investigação.

Nosso interesse pela temática começou bem antes do mestrado, pode-se afirmar que nasceu na graduação em psicologia, principalmente a partir de discussões a respeito da loucura. Que critérios entravam em cena quando os especialistas emitiam seus diagnósticos? Que verdades se produziam a respeito de tantas classificações psiquiátricas? E o que elas produziam? Ao mesmo tempo, diante dessas questões, surgia certa inquietação com a nossa formação enquanto psicólogos, visto que a psicologia também produzia suas verdades. Afinal de contas, também nos tornaríamos especialistas e que verdades produziríamos a partir de nossos discursos e práticas?

No entanto, foi no ano de 2012 que tivemos a possibilidade de realizar o estágio curricular em uma instituição psiquiátrica - a Pax-clínica⁴⁶. Entre aulas teóricas e práticas, o objetivo era que pudéssemos visualizar um dos campos de atuação da psicologia, como também de entrar em contato com pacientes psiquiátricos, reconhecendo e intervindo diante às patologias.

Foi nesse contexto que as inquietações iniciais ganharam força, inclusive, convidando-nos a problematizar a respeito de um componente que fazia parte da realidade – a família do psiquiatrizado - e que se apresentava com frequência no discurso dos profissionais e pacientes. Percebíamos que se falava a respeito da família participante no tratamento psiquiátrico; da rejeição familiar vivida por alguns pacientes; da dificuldade de algumas

⁴⁶ A Pax Clínica Psiquiátrica – Instituto de Neurociências é uma instituição hospitalar que se localiza na cidade de Aparecida de Goiânia – GO. Ela destina ao atendimento aos portadores de doença mental e a dependentes químicos (alcoolistas), conforme o site <http://www.paxclinica.com.br/paxclinica/apresentacao.php>

famílias aceitarem o regresso do paciente após a internação e continuarem o tratamento ambulatorial; da busca pelos familiares de pacientes internados, etc. Nessa última configuração, por exemplo, a dificuldade se instalava quando o paciente chegava por outras vias que não a família e não havia informações a seu respeito; ou quando, propositalmente, a família se recusava a assumir responsabilidade pelo seu membro.

A temática se tornou instigante, todavia, na leitura de uma matéria intitulada “Adauto Botelho – desativação e exclusão social”, publicada no Jornal do Conselho Regional de Psicologia – GO/TO. Dessa leitura, fomos conduzidos por um interesse maior em saber como se deu relação da psiquiatria com a família de pacientes psiquiátricos do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Segundo a matéria,

Na instituição, coisificados, os doentes mentais perdiam a sua identidade, transformando-se em seres assexuados, sem voz, sem vontade e sem sentido social. A maioria perdeu definitivamente a referência social. Constatou-se, quando da desativação do hospital, que para a família a internação do doente mental era um alívio, uma vez que uma das coisas mais significativas da internação se devia à rejeição psicológica familiar. E essa rejeição se fez presente quando se tentou o retorno do paciente ao seu seio familiar. Poucas foram as que os receberam de volta. O vínculo havia sido rompido no momento em que a instituição passou a responder pelo doente, desobrigando a família e contribuindo para que o paciente perdesse sua identidade como cidadão (Jornal do Conselho Regional de Psicologia – GO/TO, 1999, p. 6).

Posto isso, nascia uma problemática de pesquisa que se situava em um recorte histórico não muito distante, já que a história da assistência psiquiátrica no Estado de Goiás era recente, tendo seu início na década de 1950, principalmente com a construção do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. No entanto, como o nosso interesse era o de realizar uma pesquisa firmada em acontecimentos históricos, mostrou-se indispensável trazer para a discussão o surgimento e funcionamento deste hospital. Afinal de contas, ele se apresentava como o cenário, o campo documentário, o lugar onde se formaram os discursos e as práticas da psiquiatria.

Contudo, enfrentamos alguns impasses, principalmente pela escassez de documentos e pesquisas sobre a temática. Podemos afirmar que, até o momento, poucos estudos que abordam esse assunto tenham sido realizados. Aliás, sobre a história da assistência psiquiátrica em Goiás e, especificamente, a respeito do lugar e da posição ocupada pela família nos discursos e práticas da psiquiatria, podemos afirmar que ainda não se tinha pesquisado.

Mas, independentemente de quantas pesquisas foram realizadas, notamos que, especificamente sobre o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, havia certo interesse em mantê-lo esquecido, visto que, com o passar do tempo, o hospital havia se tornado um “campo de depósito humano” (Jornal O popular, 1996), onde o abandono e o descaso com os pacientes eram a rotina. Assim, percebemos que se tratava de uma história que não despertava o interesse e que deveria continuar enterrada, pois trazia vergonha tanto para a sociedade goiana, como também para a própria psiquiatria.

Mas, ainda no mestrado, também tivemos contato com as obras de Michel Foucault, sendo que as problematizações suscitadas foram indispensáveis para não desistirmos da pesquisa. Ele, que se referia como um experimentador e que escrevia para não pensar como antes, dizia que devemos buscar na história, as lutas e as forças que serviram para a produção dos documentos. Também dizia que devemos ser destruidores de evidências, e que nossos textos devem funcionar como fogos de artifício que, ao incendiar e destruir muros, sirvam para energizar nossas indagações e indignações acerca do nosso presente (Rago e Veiga-neto 2008).

Desse modo, por que não ir atrás da história que nos constitui, trazendo à tona alguns dos elementos que dela fazem parte? E assim, estrategicamente como fez o autor, fomos atrás das rupturas, dos apagamentos e esquecimentos que se apresentavam na história e, ao seguirmos os rastros quase invisíveis, encontramos o arquivo do hospital psiquiátrico com alguns de seus prontuários que foram indispensáveis para a construção deste estudo.

Tendo em vista os caminhos de pesquisa apresentados, este trabalho compreendeu três capítulos, os quais foram organizados da maneira que pudessem abranger a posição ocupada pela família nos discursos e práticas da psiquiatria nos diferentes arranjos históricos encontrados.

No primeiro capítulo, fizemos um apanhado bibliográfico sobre como, ao longo da história da institucionalização da loucura e dos movimentos reformistas, a relação da psiquiatria com a família sofreu transformações. Nesse sentido, a questão principal que orientou nossa escrita foi saber como a relação da psiquiatria com a família se processou historicamente. Essa discussão, amparada nos estudos de alguns autores, abriu caminho para a análise de uma história que se produziu em Goiás.

O segundo capítulo apresentou, inicialmente, um recuo histórico em que foi apresentado a emergência da psiquiatria e a construção do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho em Goiás. A partir disso, discutimos sobre a psiquiatrização da família, apresentada nas práticas de exames e internações realizadas no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. A

ênfase foi dada ao lugar ocupado pela família dentro do modelo hospitalocêntrico, que configura a primeira ruptura de análise. Ainda nesse capítulo, para subsidiar nossa discussão, trouxemos recortes de histórias de pacientes psiquiátricos que foram encontrados nos prontuários.

Apresentando uma ruptura entre discursos e práticas, o terceiro capítulo discutiu sobre o lugar ocupado pela família já no modelo psicossocial de assistência, principalmente no que tange à política de desospitalização psiquiátrica. Para tanto, tendo por base as transformações ocorridas no cenário da assistência psiquiátrica no Estado, vemos o embate entre psiquiatria e família, para que esta última assumisse uma função que até então era encargo do saber psiquiátrico. Também, como no capítulo anterior, fizemos o uso de fragmentos de histórias de pacientes, onde o discurso psiquiátrico a respeito dessas vidas serviu para ilustrar tal acontecimento.

Reconhecemos que nem todas as questões apresentadas foram aprofundadas como deveriam, no entanto, esperamos que esta escrita possa contribuir no debate acerca do lugar atribuído à família na assistência psiquiátrica, na implementação de estratégias de intervenção junto à família de pacientes psiquiátricos, como também na reflexão sobre nossas práticas enquanto profissionais da área da saúde mental, levando-nos a pensar sobre a produção de verdades e dos efeitos delas decorrentes. Também acreditamos que este estudo pode contribuir com a pesquisa histórico-genealógica em Goiás, como também na preservação do acervo documental sobre a história da saúde mental em Goiás, tornando-o acessível aos demais interessados na área.

Capítulo 1: Considerações iniciais sobre a relação entre família e psiquiatria ao longo da história

Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, ou explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje, tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embasbacadas, mostrando os colos e os brilhantes, que a ciência tudo pode (Lima Barreto).

No antigo regime, a loucura era uma questão de competência da família, e só em algumas situações cabia à intervenção das autoridades jurídicas e administrativas. Segundo Castel (1978), a entrada em cena de tais agentes ocorria, precisamente, quando a família não queria ou não podia assumir o encargo do seu louco; quando este escapava ao controle familiar, ou quando, pelo fato de não possuir família, o louco vagava fora do seu campo de vigilância.

No entanto, segundo Rosa (2003), com a queda do antigo regime e o advento da sociedade burguesa, emergiu uma nova maneira de a sociedade entender e lidar com a loucura. Pode-se afirmar que, se antes a loucura era questão de competência da família, nesse cenário, ela se transformou em questão social, passou a ser medicalizada e se tornou de competência da psiquiatria. Dessa forma, a loucura tornou-se administrável e a psiquiatria, ao medicalizá-la, erigiu-se como estratégia de controle social, na medida em que se apresentava como saber técnico, científico e especializado, conforme Castel (1978).

Para Foucault (2006a), com a criação da Lei de 30 de junho de 1838 sobre os alienados, instaurou-se um complexo médico-administrativo em torno da loucura, que passou a ser entendida como uma questão social a ser combatida. Nesse sentido, ainda de acordo com o autor, a emergência da lei possibilitou que a psiquiatria firmasse o seu poder no interior da sociedade, enquanto instância de controle e regulação social.

Com a lei francesa de 30 de junho 1838, a psiquiatria construiu um novo status jurídico, social e civil sobre o alienado e o problema da loucura foi por ela tutelada. Certamente, a partir do momento que a loucura se tornou verdade médica, criou-se um corpo de conceitos e de teorias psiquiátricas que, como aponta Birman (1978), instrumentalizaram esta prática clínica, aparecendo o asilo⁴⁷ como o lugar adequado para a realização desta cura.

⁴⁷ O asilo/hospício/hospital psiquiátrico, termos que utilizaremos ao longo deste trabalho, fazem parte do que Goffman (1987) denomina como Instituições totais. De acordo o autor, ao se analisar as diferentes instituições

Neste ponto, o asilo, ao ser esquadrinhado e medicalizado, tornou-se o local específico de tratamento da loucura.

A burguesia equacionou o problema político que representava a loucura delegando mandato à psiquiatria, que deslocou o problema essencialmente político que ela representava para a alçada técnica. Ao tornar a loucura administrável, medicalizou-a. A medicalização da loucura arbitrou um novo *status* jurídico, social e civil para o louco, agora alienado, doente, um agente incluído em um outro código que a lei francesa de 1838 fixou num estado de minoridade social, equiparando-o à criança e, por isso, tornou o louco uma pessoa tutelada pela psiquiatria. [...] A internação em um estabelecimento específico – o asilo – passa a ser o elemento determinante, o qual condiciona o *status* de alienado, “doente mental” ao louco (Rosa, 2003, p. 45).

Segundo Amarante (1995), inauguraram-se práticas centradas no baluarte asilar, estruturando uma relação entre medicina e hospitalização, fundada na etiologia hospitalar e em um poder institucional com um novo mandato social: o da assistência e tutela. Sendo assim, conforme expõe Rosa (2003), a internação psiquiátrica operou a exclusão do louco de seu meio social e, com transformação de seu estatuto para doente mental, alguns arranjos foram construídos entre psiquiatria e família. No cerne das teorias psiquiátricas, explicitadas a seguir, a família ocupou lugares distintos nos discursos e práticas da psiquiatria.

1.1 A família no cerne do alienismo: ruptura e isolamento

Segundo Rosa (2003), com a emergência da sociedade moderna, aos poucos, o modelo de família conjugal moderna foi sendo construído e, desse modo, foram trazidas novas definições a respeito dos papéis desempenhados pelo homem e pela mulher. Nessa perspectiva, entre outras características atribuídas ao modelo de família, a autora destaca a livre escolha amorosa do par conjugal, a centralidade na infância, na intimidade do casal, reprodução interna do trabalho em que ao homem competiu o espaço público, da rua, do trabalho e da política, e, à mulher, associou-se o mundo da esfera privada, dos cuidados da casa, da prole (p. 49).

Foi a partir desse cenário de reestruturação social, que o saber alienista - primeira ciência psiquiátrica - encontrou solo propício para a reprodução e disseminação de seus discursos. Conforme Rosa (2003), o alienismo, por meio do conhecimento que dizia ter a

em nossa sociedade percebemos que “algumas são muito mais fechadas do que outras. Seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (p. 16).

respeito da loucura, propôs uma abordagem pedagógica para a família, colocando-a no centro de seus discursos e práticas. Nesse sentido, tendo um projeto mais amplo para a sociedade, o saber alienista, propunha se inserir nos meandros familiares e, a partir da abordagem do louco, influenciar na organização interna da família.

Desse modo, a psiquiatria estabelece as bases para a intervenção pedagógica na família, tendo por suporte a moral ou arguindo em nome da saúde humana e com a intenção de regular moralmente não só a família, mas a sociedade em geral. A vigilância moral, a partir do quadro familiar, é justificada pela função socializadora do grupo (Rosa, 2003, p. 52).

Esquirol, psiquiatra francês e principal representante do alienismo, acreditava que se a família não fosse a causa da alienação, tinha influência decisiva no tratamento da loucura. Nesse arranjo, o distanciamento entre a família e seu alienado/doente mental era considerado a terapêutica necessária para a sua recuperação. Conforme Rosa (2003), esse foi o elemento decisivo para a emergência de especialistas e instituições de saúde, encarregadas da custódia, assistência e cura.

Foucault (2006a) destaca que no século XIX existia quase que um princípio, pautado no discurso clínico, que formulava que o alienado jamais poderia encontrar a cura no seio de sua família. A ruptura era considerada terapêutica, pois longe das relações de poder, próprias do sistema familiar, a intervenção psiquiátrica poderia ocorrer sem resistências e impedimentos por parte dos familiares. Desse modo, colocado em um mundo estrangeiro e submetido à disciplina médica, era possível que o alienado retomasse à sua razão.

Birman (1978) aponta que o isolamento terapêutico era uma prática de prevenção moral, pois possibilitaria que a alienação fosse controlada e que a estrutura familiar não fosse enfraquecida. Tal assertiva justificava-se pelo entendimento de que o alienado poderia disseminar o mau exemplo e subverter seus familiares, principalmente as crianças e as moças – tidos como vulneráveis.

Retirar o alienado de sua família e isolá-lo corresponderia, portanto, a este remanejamento de forças no espaço externo, onde ele seria colocado num lugar que funcionaria como uma vontade poderosa que daria limites aos seus “excessos”. Ele passaria a obedecer e a se submeter às novas forças, sendo esta influência que era encarada como o fator positivo do tratamento psiquiátrico. O discurso psiquiátrico fazia o que a família não realizou (Birman, 1978, p. 277).

Na configuração asilar, os psiquiatras também teriam a oportunidade de travar um enfrentamento com a doença, promovendo a cura e restabelecendo a saúde do alienado. Nesse

ponto, Foucault (2006a) ressalta que o hospital funcionava como a máquina de cura da psiquiatria, sendo que a própria disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos eram distribuídos nele, tinha em si valor terapêutico. De fato, a tecnologia disciplinar do hospital, evidenciava não apenas o poder exercido pelo médico, mas a emergência de um campo de produção documental a respeito dos indivíduos, de acúmulo e formação de saber, como expõe Foucault (1979).

Pegoraro (2009) discute que a psiquiatria, ao assumir a tutela e a responsabilidade pela ação terapêutica, estabeleceu o distanciamento do doente mental de seu meio sociocultural e familiar, levando, conseqüentemente, à exclusão da família do tratamento. Em síntese, nessa abordagem, “à família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita na pedagogia” (Rosa, 2003, p. 52).

No entanto, se o isolamento era necessário para se obter o controle da alienação, coube à família cumprir determinados comandos da psiquiatria, tais como realizar o diagnóstico dentro do seu interior, encaminhar o seu alienado ao hospital psiquiátrico e prestar algumas informações que poderiam orientar as práticas de internação e medicalização. No mais, o familiar psiquiatrizado era colocado sob a responsabilidade da psiquiatria, que o tutelava.

1.2 A família e a função-psi: algumas considerações

Segundo Foucault (2006a), a sociedade disciplinar⁴⁸ encontrou na família na possibilidade de aperfeiçoar suas técnicas de controle sobre os indivíduos. Mesmo obedecendo aos mecanismos de ordem da soberania, a família se constituiu como um elemento imprescindível ao funcionamento do sistema disciplinar, em razão de ser o ponto de articulação que possibilitava que indivíduos fossem fixados nos aparelhos disciplinares.

Para exemplificar como se dava essa relação, Foucault (2006a) aponta que o trabalho só adquiriu caráter de obrigação, quando o Estado fez pressão sobre a família e ela agiu de acordo a fixar os indivíduos nesse sistema disciplinar. Desse modo,

O que significaria a obrigação ao trabalho, se os indivíduos não fossem pegos primeiro no interior desse sistema de soberania que é a família, desse sistema de compromissos, de obrigações, etc., que faz com que a assistência aos outros

⁴⁸ Segundo Foucault (2006a), em torno da segunda metade do século XVIII, surgiu o poder disciplinar que, deslocando das relações de soberania, passou a ser exercido por meio de novos instrumentos, aparelhos e procedimentos.

membros da família, a obrigação de lhes fornecer comida, etc., fossem dadas? (Foucault, 2006a, p. 101).

Mas e quando a família não conseguia exercer a função que lhe fora atribuída? À vista disso, reconhecendo o importante papel desempenhado na sociedade disciplinar, vê surgir ao longo do século XIX toda uma série de mecanismos estratégicos com a intenção de assegurar o fortalecimento da família para que a mesma continuasse a exercer as suas funções.

É a partir dessa rede de substitutos que tinham a família como referência, podemos entender o surgimento da função-psi⁴⁹. Segundo Foucault (2006a), a função-psi se originou, no início do século XIX, da relação entre e psiquiatria, quando a primeira se apresentava como saber capaz de refamiliarizar os indivíduos que escapavam do controle familiar. Do campo psiquiátrico a função-psi se estendeu a outros campos disciplinares, se tornando o discurso que tinha a família por referência, e exercendo a função de todos os esquemas de individualização, de normalização, de sujeição dos indivíduos o interior dos sistemas disciplinares.

Da emergência da função-psi, os especialistas se tornaram cada vez mais presentes na família, intermediando suas relações e produzindo saberes a respeito. Conforme Costa (1999) tratava-se do mecanismo de tutela familiar a partir da presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização.

Pode-se dizer que a família se tornou alvo de intervenção e a psiquiatria, que detinha o discurso da função-psi e que visava se disseminar como estratégia de controle social, fez aparecer novos domínios de saber, novos objetos, conceitos e técnicas, como nos diz Foucault (2002). E nesse intento, a partir do conceito de normalidade, encontrou na infância o alvo central de suas intervenções, operando a partir de então a psiquiatrização da família.

A psiquiatrização da infância é um dos eixos centrais da discussão proposta por Foucault no curso *O Poder Psiquiátrico*. O mesmo ressalta que para saber como se deu a generalização do poder psiquiátrico pela sociedade, é fundamental entendermos a personagem central desta difusão. Entretanto, “foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança” (Foucault, 2006a, p.257); isto é, da criança considerada idiota ou retardada. Nesse cenário, segundo Foucault (2006a), foi através da figura do anormal que se tornou possível a psiquiatrização da infância e a generalização do poder psiquiátrico pela família e sociedade.

⁴⁹ O termo função é empregado pelo autor não no sentido de instituição, mas do próprio indivíduo psicológico, que emerge da atuação desses psicólogos, psicoterapeutas, criminologistas, psicanalistas, etc., (Foucault, 2006a, p.105).

A infância como fase histórica do desenvolvimento, como forma geral de comportamento, se torna o instrumento maior da psiquiatrização. E direi que é pela infância que a psiquiatria veio a se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto. A infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos (Foucault, 2010, p. 266).

A esse respeito, Donzelot (1986) aponta que emergência da psiquiatria infantil, por exemplo, não estava ligada diretamente a descoberta de um objeto próprio, isto é, de uma patologia infantil. Mas, se relacionava com novas ambições da psiquiatria e da necessidade de encontrar um pedestal, um alvo que pudesse enraizar todas as anomalias e patologias do adulto, designando um “possível objeto de intervenção para uma prática que não pretende mais limitar-se a gerir os reclusos, mas sim presidir a inclusão social” (Idem, p. 105).

Para Castro (2014) é a partir da infância que podemos entender a psiquiatrização da família, pois foi na relação com os filhos, que a psiquiatria dotou a família de um olhar psicológico de vigilância e da função de decidir entre o normal e o patológico. Dessa forma, conforme Foucault (2006a), a família disciplinarizada pela psiquiatria passou a cumprir a função de decidir em seu interior o normal do patológico, o regular do irregular, como também de encaminhar ao dispositivo asilar o indivíduo passível de intervenção.

É preciso que a família desempenhe seu papel, isto é, designe efetivamente os que são loucos, desempenhe por si mesma um papel de certo modo disciplinar, isto é, que ela diga: aqui dentre nós aquele que é louco, anormal, que depende da medicina (Idem, p. 143).

Cumprir assinalar que a psiquiatria se apresentava como saber capaz de detectar, controlar e corrigir todas as manifestações da ordem da anormalidade graças ao movimento estratégico, no qual, não era somente o poder sobre o louco que se encontrava no asilo, mas o poder sobre o anormal que se encontra fora dele, por toda sociedade. Nessa conjuntura, de acordo com Foucault (2010), a psiquiatria se tornou essencialmente a ciência e a técnica dos anormais, dos indivíduos anormais e das condutas anormais.

Sobre as influências da psiquiatria e sua relação com a família, damos destaque à teoria da degenerescência, proposta Benedict Morel, pois se antes no alienismo entendia que a loucura provinha da estrutura familiar, nesse momento a ênfase recai sobre o conceito de anormalidade e a sua transmissão a partir da via hereditária. Nessa linha de análise, Caponi (2012) e Foucault (2010), apontam que ao privilegiar o estudo do histórico familiar, a psiquiatria delimitou seu campo de atuação e fez emergir novas estratégias de poder, construiu um instrumento médico-político apto a diagnosticar e para controlar as populações,

pois tornou possível relacionar qualquer desvio ou irregularidade a um estado de degeneração, tendo a família e seus ascendentes como fundamentos a este discurso.

Foucault (2010) afirma que foi o discurso da herança da alienação mental, que se inscrevia no corpo da família e de seus ancestrais, que possibilitou se referir aos mecanismos anteriores de reprodução, nos ascendentes, a responsabilidade das aberrações que se podiam constatar nos descendentes. Dessa forma, diante o discurso da herança patológica, a doença já não se localizava em um corpo individual, mas em um corpo familiar sintomático, que de acordo com Foucault (2010), era corpo dos pais, dos ancestrais, era o corpo da família, era o corpo da hereditariedade.

Tendo em vista a marcante relação entre hereditariedade e alienação, atribuída pela teoria moreliana, não era apenas aspectos da loucura, mas da anormalidade que estava inscrito as marcas de seus antepassados, sendo a hereditariedade, conforme Serpa (2006) “o veículo de transmissão progressiva de toda forma de degeneração adquirida ao longo de quatro gerações, até a esterilidade dessa última” (idem, p. 129). Desse modo, conforme Amarante (1995), fundamentado nos princípios da teoria da degenerescência, o tratamento moral proposto pela psiquiatria pôde assumir um caráter mais amplo, e através, a ideia de sua universalização enquanto “profilaxia preservadora”, objetivava a modificação das condições físicas, intelectuais e morais dos indivíduos que compunha a sociedade.

[...] a medicina mental através de sua trama conceitual, procurará encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações. Há uma evidente ofensiva da psiquiatria no sentido de fundamentar um conjunto de práticas sociais e morais, de invadir regiões estabelecidas pela Cultura e pela tradição histórica. O objeto da psiquiatria será hipostasiado, expandindo-se para todos os setores da sociedade. Movimento de patologização do espaço social, que é apenas um aspecto de um movimento mais amplo que então se passava, de medicalização da sociedade (Birman, 1978, p.8).

Pelos arranjos apresentados, vemos a família como estratégia de normatização dos indivíduos, mas que necessitava de intervenções terapêuticas, principalmente quando não conseguia exercer essa função. Ao mesmo tempo tornou-se campo propício para intervenções de cunho psiquiátrico e pedagógico que se justificavam em nome da regulação da moral familiar e da sociedade. Aqui ao destacarmos a emergência da função-psi que se apresentava como saberes do campo psicológico, evidenciamos a psiquiatria, que segundo Foucault (2006a), emergiu nesta empreitada institucional controle aos indisciplinados e anormais. Em todas as configurações formaram-se saberes que tiveram a família como elemento principal.

Conforme Rosa (2003), mesmo que a família se constituiu como o campo para o desenvolvimento e ação psiquiátrica, o seu papel ficou relegado a algumas funções elencadas pelo próprio saber psiquiátrico. Por sua vez, com a emergência dos movimentos reformistas no século XX, novos saberes foram produzidos sobre a família.

1.3 A família nos movimentos reformistas da psiquiatria no pós-segunda guerra

Neste tópico daremos ênfase nos movimentos reformistas da psiquiatria ocorridos no cenário pós-segunda guerra, e eles que também influenciaram na construção da reforma psiquiátrica brasileira, são importantes para problematizarmos as transformações operadas nos saber/prática psiquiátricos e que foram dirigidas à família. Desse modo, buscamos marcar alguns dos principais movimentos e os lugares ocupados pela família.

Birman e Costa (1994) destacam dois grandes períodos que redirecionaram os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro que dizia respeito dos processos de críticas ao modelo asilar, tido como lugar de cronificação, teve início com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da Psicoterapia Institucional (França). Já o segundo momento, representado pela emergência da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) e a Psiquiatria de Setor (França), foi marcado pela ampliação da psiquiatria ao espaço social, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental (Amarante, 1995, p. 22).

Todavia, segundo Amarante (1995), os dois momentos apresentados por Birman e Costa se limitaram a meras reformas do modelo psiquiátrico, em razão que acreditavam na psiquiatria enquanto saber competente e a instituição psiquiátrica como local apropriado para o tratamento. Desse modo, o objetivo era o de fazê-lo retornar aos seus objetivos iniciais dos quais se desviara.

No entanto, a partir da década de 1960, assistimos o surgimento dos movimentos da antipsiquiatria e a psiquiatria de perspectiva basagliana⁵⁰ que propuseram uma ruptura com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados. Tais movimentos buscavam “realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação

⁵⁰ Considerada polêmica pela época que foi instaurada, a Lei 180, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou popularmente como Lei Basaglia, foi aprovada no ano de 1978, na Itália. Sobre seu conteúdo, a lei determinava a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência.

de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos” (Amarante, 1995, p. 22).

Segundo Rosa (2003), mesmo que a antipsiquiatria não construiu uma abordagem específica a respeito da família, algumas concepções foram discutidas pelos seus representantes. Na visão de Maxwell Jones, filiado a antipsiquiatria inglesa, a doença mental, especificamente a esquizofrenia tinha sua origem nas relações familiares rígidas, autoritárias, que impediam os processos de individuação, de acordo com Rosa (2003). Já para Thomaz Szasz, principal representante da antipsiquiatria americana, por exemplo, a família era vista em aliança com a psiquiatria, pois buscava pela internação se livrar de seu componente, punindo-o com o estigma e a hospitalização (Rosa, 2003; Melman, 1998).

Compreende, ainda, que a internação psiquiátrica é uma forma de punição utilizada em nome da terapia psiquiátrica, a qual viola a ética da liberdade política. É, no seu entender, um procedimento socialmente aceitável de se desvencilhar de pessoas indesejáveis e socialmente inoportunas. Analisa a doença mental como um problema social e a psiquiatria como uma modalidade de controle social (Rosa, 2003, p.63).

A reforma da psiquiatria na perspectiva basagliana, surgiu em 1961 na Itália, a partir da experiência de Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Ela que também se propunha romper com o paradigma clássico em que o sujeito tido como doente mental deveria ser distanciado do seu espaço social para que a psiquiatria pudesse produzir o seu saber e discurso (Amarante, 1995, p.46), visava a desinstitucionalização da loucura, tendo a família como um dos elementos de sustentação. De acordo com Pegoraro (2009), as propostas elaboradas nesse movimento trouxeram a família para o centro das discussões, em razão que seria ela um dos pilares da política de desinstitucionalização e da permanência do usuário em serviços de base comunitária.

Dessa forma, na perspectiva basagliana, a ênfase foi dada no protagonismo da família, considerada como “parceira na organização das propostas de cuidado social, planejadora e sujeito dos serviços de saúde mental, nas pesquisas, na formação e capacitação de recursos humanos e nos projetos de trabalho, co-autora nas decisões e nas ações” (Rosa, 2003, p. 75). No entanto, entre os efeitos deste processo, a mesma autora pontua a sobrecarga vivida pela família diante das novas políticas de desospitalização e as tentativas de fazer com que o Estado continuasse assumindo a “sua obrigação”, isto é, a responsabilidade pelo seu membro.

[...] a instituição psiquiátrica assume uma tendência de desobrigar-se cada vez mais da função custodial e carcerária. De certa forma moderniza-se, reforma-se, sofisticase, aumenta sua

eficiência. Em momento algum, deixa de cumprir seu papel de produtora de doentes mentais. Fecha-se o asilo para se abrir o moderno ambulatório. Entretanto, nada é feito no que se refere às condições sociais de vida geradoras de sofrimento mental intolerável. Nessa situação, a instituição familiar passa a exercer pressão sobre a instituição psiquiátrica no sentido que não deixe de assumir a custódia dos pacientes. A questão envolve pesados encargos, que na tentativa de modernização, são simplesmente transferidos para a família (Tsu, 1993, p. 69).

Segundo Fonseca e Jaeger (2012), as reformas no âmbito da psiquiatria propôs uma nova forma de gestão da população, rompendo com a centralidade do procedimento psiquiátrico que separava e demarcava parte da população considerada doente, e dessa forma, introduziu novos agentes, como co-responsáveis e partícipes, como no caso da família. Nesse sentido, ampliando as responsabilidades, a família que antes era desobrigada de algumas funções, passou a assumir a responsabilidade pelo seu familiar, o que antes era delegado à psiquiatria e ao Estado.

Conforme Rosa (2003), novas exigências foram atribuídas à família que passou a ser vista como a principal provedora no cuidado doméstico e comunitário de seu familiar psiquiatrizado. Salientamos que essa discussão faz mais sentido ao analisarmos no terceiro capítulo os enfrentamentos entre a instituição psiquiátrica e a família, principalmente em assumir a responsabilidade até então abdicada, como por exemplo, no momento de sua desospitalização, conforme aponta Tsu (1993).

Posto isto, a trajetória apresentada até aqui foi necessária para entendermos como a família se fez presente nas produções da psiquiatria, e a partir de tais lineamentos problematizamos como essa relação se produziu em Goiás. Para tanto, inicialmente, apresentamos o campo de formação das produções que nos chegaram através dos documentos históricos, isto é, o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, para em seguida discutir sobre o que se produziu sobre a família do psiquiatrizado.

Capítulo 2: A psiquiatria, o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho e a família do psiquiatrizado

Demoliram o palácio de guardar doidos, e com ele quiseram enterrar uma história. Uma história que dizia respeito a outras histórias. Histórias como a de um fulano de tal, paciente com ruindade na cabeça e com tendências a ociosidade, que considerado perturbado e perigoso foi levado por policiais. E os policiais, antecipadamente, fizeram questão de emitir o diagnóstico: “tais comportamentos não podem ser considerados dentro da normalidade. Com certeza, trata-se de loucura... O levaremos para os médicos da cabeça!”.

No majestoso palácio, fulano de tal era esperado. Afinal de contas, nessa grandiosa e humanitária obra sempre cabia mais um! E lá, no lugar certo, seu diagnóstico foi confirmado: realmente, era loucura, e das perigosas. Mas para que se preocupar se pelas mãos dos especialistas receberia tratamento especializado, inclusive o tratamento que tinha vindo da Europa?! E onde tudo parecia ser resolvido, Fulano de tal que dizia não ter família e que gostava de andar pelo mundo, percebeu que a cura prometida também tinha seu preço. Em 34 anos de internação, no silêncio de frias anotações, perdeu o nome, ganhou números, teve seu destino traçado, e para sempre... (Diário de Campo).

Um palácio para guardar doidos. Apropriamos aqui de um termo utilizado pela autora Yonissa Marmitt Wadi ao descrever uma história referente à constituição do saber e poder psiquiátrico no Rio Grande do Sul. Ela, que pretendeu problematizar os discursos e práticas de controle da psiquiatria sobre a loucura, fala sobre da construção de um hospício - um palácio para guardar doidos - cujo nome era Hospital Psiquiátrico São Pedro. Assim como fez a autora, buscamos, neste capítulo, contar partes de uma história que se produziu no Brasil e em Goiás e que também se refere à construção de alguns palácios.

Conforme Machado (1978), só é possível compreender a constituição da psiquiatria no Brasil a partir da medicina social⁵¹, que se incorporou na sociedade como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Todavia, para o autor, foi pela necessidade de medicar a loucura, também tida como perigo social, desordem e obstáculo ao desenvolvimento da sociedade, que a psiquiatria emergiu como saber e poder capaz de conter e corrigi-la.

⁵¹ A medicina social, como instrumento de normatização e operada pela racionalidade científica, tornou-se uma espécie de governo sobre toda população, pois atuava diretamente na produção de novas maneiras de agir e pensar (Foucault, 1979). De acordo com Castro (2014), as condutas, os comportamentos, o corpo humano em geral, compunha um sistema de funcionamento da medicina que cada vez mais vasto, se expandia para além das enfermidades. Nesse contexto, pode-se dizer que a medicina social exerceu papel primordial como reguladora da sociedade, pois o saber médico ao se fundamentar em práticas e em discursos normatizadores operava na medicalização indefinida da sociedade.

Podemos citar como marco histórico da medicalização da loucura, a construção do Hospício D. Pedro II - o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. Como medida de higiene pública, o hospício trouxe a possibilidade de assistir uma população que até o momento não recebia nenhuma atenção médica específica, pois, segundo Costa (1976), os loucos que não vagavam pelas ruas, se encontravam presos por perturbação da ordem pública ou enclausurados nas celas dos hospitais gerais e da Santa Casa da Misericórdia. Contudo, nesse cenário, não era possível a psiquiatria exercer o seu poder pois era necessário ter um espaço institucional específico para tal.

Costa (1976) assinala que a criação do hospital respondeu aos anseios de um grupo de médicos higienistas que começou a reivindicar, a partir do ano de 1830, a construção de um estabelecimento destinado aos loucos. Retirando-os dos hospitais gerais e das Santas Casas de Misericórdia, a psiquiatria poderia exercer o seu domínio sobre a loucura.

A difusão da psiquiatria pela sociedade brasileira ganhou força a partir de 1923, com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), no Rio de Janeiro, no ano de 1923. Cumpre destacar que nos primeiros anos de existência, a LBHM concentrou seus esforços em elaborar estratégias que melhorassem o atendimento aos doentes mentais, tendo em vista a consideração de que com o passar dos anos, o Hospício D. Pedro II tornou-se um local de segregação e exclusão social.

No entanto, no ano de 1936, o objeto de preocupação da LBHM se expandiu das técnicas de assistência para as intervenções preventivas no meio social. Nesse momento, segundo Costa (1976), o alvo da psiquiatria se deslocou para o indivíduo normal e não apenas o doente, para a prevenção e não apenas a cura. Nesse cenário, a psiquiatria reformulou as concepções teóricas que fundamentavam a sua atuação, e a noção de eugenia⁵² passou a ocupar lugar privilegiado nos discursos e práticas.

Esta transformação, no entanto, não tinha nada de fortuita. A L. B. H. M. justificava sua nova prática apoiando-se na noção de eugenia. Para os psiquiatras, a mudança imposta aos programas de higiene mental era uma decorrência natural dos progressos teóricos da eugenia. Era a noção, portanto, que caucionava “cientificamente”, a invasão do campo social pela higiene mental [...] a eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger desta maneira, o terreno social (Idem, p. 33).

Através da eugenia, a psiquiatria pôde ampliar o seu campo de atuação, estabelecer novas relações de poder, e em contrapartida, ir ao encontro dos ideais da medicina social, de

⁵² A eugenia, criada no século XIX por Francis Galton, pode ser definida como a ciência que “trata daquelas agências sociais que influenciam, mental ou fisicamente, as qualidades raciais das futuras gerações” (Galton, 1906, p. 3).

modo que se apresentava como instrumento capaz de detectar e intervir nos perigos que podiam ameaçar a existência de uma sociedade em vias de normatização (Machado, 1978). Dessa forma, a psiquiatria apropriando do discurso eugênico se apresentava enquanto especialidade capaz diagnosticar na sociedade os indivíduos que, responsáveis por transmitir os genes da loucura, contribuía no enfraquecimento da nação.

Mesmo sendo considerada breve, consideramos que a contextualização apresentada traz elementos para se pensar a respeito do desenvolvimento da psiquiatria em Goiás, onde os discursos e práticas da higiene mental e da eugenia também se fizeram presentes.

Segundo Paula (2011), a institucionalização da psiquiatria em Goiás ocorreu somente em meados do século XX, a partir da construção do primeiro hospital psiquiátrico na cidade de Goiânia. Inaugurado no ano de 1954, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho representou não somente a edificação de uma “obra magnífica destinada aos doentes mentais” (Folha de Goyas, 03/04/1954), mas a construção de um local de produção de saber e concomitantemente de desenvolvimento da psiquiatria.

A inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho⁵³ aconteceu às dezessete horas, em área da Avenida Meia Ponte, no setor Vila Nova – Goiânia. Como descreve Paula (2011), estiveram presentes o próprio psiquiatra Aduino Botelho, Miguel Couto Filho - Ministro da Saúde, José Peixoto da Silveira - Secretário de saúde, Pedro Ludovico Teixeira - Governador do Estado, além do Padre Luiz de Matos que realizou a bênção do hospital. Sobre esse último, Paula (2011) ressalta que,

como que numa espécie de agradecimento a Deus por sua existência, ou autorização do mesmo para funcionamento, o Pe. Luiz de Matos efetuou a bênção do nosocômio. Isso nos remonta a tempos anteriores, quando a igreja católica era responsável pela manutenção dessas instituições. É claro que neste momento a sua influência não será tão grande como antes, contudo, a sua presença ainda se faz de forma marcante, como se não houvesse uma confiança, uma certeza de um bem estar para a instituição caso não realizasse a cena da bênção (Idem, p. 69).

A construção do hospital psiquiátrico possibilitou que os loucos fossem internados em um local específico, pois quando não vagavam pelas ruas, na maioria das vezes, eram depositados na Santa Casa de Misericórdia, no Hospital São Pedro de Alcântara ou no Asilo

⁵³ No que se refere a sua estrutura, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho dispunha de sete enfermarias, um galpão de terapia ocupacional e um pátio aberto, com dois campos de futebol e outros pontos de lazer. Em prédio anexo, funcionava o setor de emergências psiquiátricas, com três consultórios, refeitório, banheiros (sem chuveiros) e alguns leitos, em alas separadas, feminina e masculina. A cela forte, sem iluminação, sem água e sem ventilação era ocupada com grades, correntes e cadeados “(Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Goiás, 2010, p. 129).

São Vicente de Paulo (Paula, 2011; Souza, 2010). Vale ressaltar que em estudo historiográfico sobre o Asilo São Vicente de Paulo, construído na cidade de Goiás em 1909, Souza⁵⁴ (2010) afirma que esse espaço pôde ser considerado uma instituição construída para separar os velhos e loucos do convívio social. Desse modo, “pelo problema que estes últimos acarretavam poder-se-ia afirmar que o asilo goiano era muito mais louco do que velho” (p. 120).

Loucos, alienados mentais, idiotas, cretinos, dementes, epiléticos, surdos, mudos, cegos, leprosos, morféticos, paralíticos, tuberculosos, órfãos e principalmente velhos, dentre outros, compunham o mosaico de desvalidos do Asilo São Vicente de Paulo! Eis a dificuldade de tecer em uma mesma roda de fiar os finos fios que integram a trama de cada um desses indivíduos (Idem, p. 91).

Representando uma ruptura nessas práticas, pois se apresentava como espaço específico para o tratamento especializado dos alienados, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho era considerado a materialização da modernidade visada em Goiás, principalmente porque foi construído pouco tempo depois da inauguração de Goiânia, a nova capital goiana. Desse modo, o hospital psiquiátrico ia ao encontro dos ideais do governo, conforme se analisa em trechos do discurso proferido em sua inauguração pelo Secretário de Saúde, Dr. José Peixoto da Silveira.

Dentre os deveres primordiais do Governo nenhum pode sobrepor-se ao de assistir a saúde do povo; este problema no 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. Aduino Botelho, eu me felicito 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 personalizamos para nos integrar na grande epopeia do amor aos nossos semelhantes.

Este o motivo, sobremaneira justo, por que 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 generalizando nos demais serviços federais, fizestes-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 (Folha de Goyaz, 03/04/1954).

Grandiosa e humanitária construção que como prova de gratidão recebeu o nome de Aduino Botelho, para que jamais fosse esquecido pelas gerações futuras, o hospital

⁵⁴ Ver Pobres, doentes e desvalidos: o asilo São Vicente na cidade de Goiás (1909-1935).

psiquiátrico foi considerado como uma obra “tão necessária e utilitariamente agradável ao Governo do Estado” (Folha de Goyaz, 1954), em razão que contribuiria no atendimento das enfermidades e no fortalecimento da nação, dado que, conforme as palavras do Secretário de Saúde, José Peixoto da Silveira, “a primeira riqueza da nação é o homem”.

Sr. Ministro, foi para nós, do coração do Brasil, nós que marchamos para o oeste num verdadeiro sentido de brasilidade, motivo de grande júbilo. [...] como é de vosso conhecimento, vosso idolatrado pai, pioneiro da emancipação do serviço de Saúde no Brasil, afirmara 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 fossem os tesouros que encerrassem quando o homem que os habitasse não os merecesse [...] Assim, Sr. Ministro, permite-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 Goyaz, 03/04/1954).

Conforme Paula (2011), a aliança entre governo e medicina, fundamentada no discurso das políticas de higienização da sociedade, colocou em prática os ideais de nacionalização projetados ao homem goiano. Sob esse prisma, destacamos o recorte abaixo onde se vê claramente a presença da eugenia e higiene mental no discurso do presidente do hospital, Geraldo Brasil, pronunciado no dia da inauguração do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. As palavras foram endereçadas ao psiquiatra Aduino Junqueira Botelho, presente na solenidade.

Foi a vossa alta visão de administrador exímio e de amadurecida experiência no setor da assistência médica social que o levou a idealizar a construção do moderno estabelecimento para assistência de doentes mentais, que por obedecer a um padrão de comprovada eficiência, manterá a sua atualização por décadas afora. [...] Para atender as exigências das modernas correntes psicodinâmicas o serviço de Higiene Mental tão sobranceiramente por vós impulsionado é por demais justificado e coaduna-se perfeitamente com o presente e o futuro da psiquiatria. Hoje mesmo tivestes oportunidade de encarecer o valor desta medida profilática, ao afirmar que o aumento das psicopatias acompanha o avanço da civilização. Esta assertiva aparentemente paradoxal está corente com o que observamos. (Folha de Goiás, 03/04/1954).

O discurso do presidente reforçava o que havia sido pronunciado por Aduino Botelho, um dia antes do evento de inauguração, em entrevista concedida ao Jornal Folha de Goiás, em que o psiquiatra argumentava sobre o crescimento das psicopatias, “dizendo que devemos ampliar a assistência aos doentes, a fim de que o mal venha a regredir” (Folha de Goyaz, 03/04/1954). Neste sentido, prevenir o surgimento e evitar a propagação das psicopatias, isto

é, de tudo o que ia contra o avanço do Estado, era o ideal a ser buscado pela medicina, que através do saber psiquiátrico exercia medidas de profilaxia.

Dessa forma, segundo Paula (2011), a psiquiatria em Goiás nasceu no bojo desses ideais, pois os rumos dados a ela se relacionava diretamente com os objetivos do governo dos quais se pautava o alcance do progresso da nação. Seguindo essa premissa, podemos dizer que psiquiatria tornar-se-ia um dos instrumentos na construção da nação almejada em Goiás, e com isso atendendo as expectativas direcionadas a nova capital.

A partir da construção e inauguração do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, há a legitimação do discurso psiquiátrico, há o espaço de poder e o espaço da exclusão e ao mesmo tempo, o espaço da demarcação entre o comportamento normal e o anormal. Vê-se na sua primeira década de funcionamento que o alvo eram as pessoas que não estavam vinculadas ao ideal de nacionalidade, de patriotismo, de trabalho, entre outras particularidades, o que fez a vadiagem e a homossexualidade, por exemplo, serem razões de internação (Paula, 2011, p. 82).

Não obstante, em Goiás, não era apenas entre os muros do hospital psiquiátrico que a psiquiatria firmava seu poder, mas à medida que disseminava pela sociedade seus discursos ampliava o seu campo de atuação. Á título de exemplo, no que se refere ao lugar ocupado no interior da medicina goiana, por possuir conhecimento a respeito da conduta humana, a psiquiatria era considerada como a porta de entrada para outras especialidades médicas no seio familiar, como se observa no artigo publicado na Revista Goiana de Medicina, datado do ano de 1970.

Onde há possibilidade de pôr precocemente o estudante em contato com as famílias, a experiência desse acontecimento na família, o acompanhamento dos aspectos sanitários do lar, bem como das situações decorrentes das relações com o trabalho, a escola e o hospital, servem de estímulo à apresentação dos problemas psicológicos normais e anormais, ao se manifestarem dificuldades no grupo selecionado. A existência de um bom departamento de ciências do comportamento é uma outra possibilidade para a abertura dos conhecimentos básicos, que servirão de alicerces para o conhecimento da conduta humana. (Revista Goiana de Medicina, Jan/Jun, 1970).

Fazemos essa marcação, apontando que é a partir de um saber que se dizia científico, de um poder estratégico que não se prendia apenas ao espaço manicomial, mas que circulava por toda a sociedade, que se instituiu a sua proximidade com a família. Desse modo, a psiquiatria que estabelecia padrões comportamentais, que excluía do meio social os considerados desviantes, anormais, loucos, insanos, etc., em nome da racionalidade dita científica, também poderia nos dizer sobre a sua relação com a família de indivíduos que foram internados no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. E é por essa disposição, que quisemos investigar sobre a posição ocupada pela família do psiquiatrizado no modelo asilar/hospitalocêntrico em Goiás.

Como se analisa, fizemos um breve apanhado sobre a institucionalização da psiquiatria em Goiás e a emergência do hospital enquanto cenário que nos interessa. No entanto, antes de discutirmos sobre o que dirigiu a família e o percurso trilhado por ela nesses discursos e práticas, apresentamos como se deu o acesso aos documentos do hospital, principalmente o acesso a alguns de seus prontuários psiquiátricos. Desse modo, é do arquivo, de suas provocações que foram indispensáveis para a nossa genealogia, que tratamos no tópico seguinte.

2.2 O arquivo⁵⁵ do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho: os prontuários e suas provocações

Provocações vindas de prontuários psiquiátricos, de histórias que continuam vivas e pulsantes e que insistem de serem ouvidas. Falemos aqui de um arquivo que ainda guarda miudezas, gritos e silêncios de pessoas que, por não se encaixarem nas normas ditadas pela família e sociedade, certo dia foram conduzidas a um hospital psiquiátrico, sob a justificativa de tratamento especializado. Em meio aos registros do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, vozes se erguem dos prontuários e contam histórias de famílias atingidas pela loucura em suas diversas manifestações; de perturbadores, desviantes e loucos internados em um hospital, e de um saber e poder atuante em Goiás. Tomados pelas provocações, nos propusemos a ouvir essas vozes.

Transformamos-nos em ouvidores de vozes, como fez Farge (2009), ao examinar os arquivos judiciais da Biblioteca Nacional da França. Ela, que se propôs a pesquisar sobre o “vestígio bruto de vidas que não pediam absolutamente para serem contadas dessa forma” (idem, p. 13), nos fala desse mundo desconcertante e colossal que se abre ao pesquisador que se interessa pelos arquivos, das sensações envolvidas no processo de pesquisa e dos encontros inesperados com existências desconhecidas e obscuras.

O arquivo é abundante em personagens, mais que qualquer texto ou de qualquer romance. Esse aglomerado incomum de homens e mulheres, cujo anonimato não diminui em nada com a revelação de seus nomes, reforça no leitor uma impressão de isolamento. O arquivo impõe logo de início uma enorme

⁵⁵Cumpramos ressaltar que neste trabalho, também nos apropriamos do conceito de arquivo que, segundo Foucault (1997) não se refere à somatória documental acumulada por uma dada civilização, mas um espaço que é regido por um jogo de regras que delimitam as condições de possibilidade para o aparecimento, a circulação e o desaparecimento dos discursos em seu interior. Sendo assim, entendemos que arquivo se forma a partir de relações discursivas e não-discursivas, que em nossa pesquisa se aplica a todos os documentos/monumentos pesquisados.

contradição; ao mesmo tempo em que invade e imerge, ele conduz, por sua desmesura, à solidão. Uma solidão em que pululam tantos seres “vivos” que parece quase impossível dar conta deles, ou seja, fazer sua história. Milhares de vestígios (Farge, 2009, p. 20).

No encontro com fragmentos de verdade, múltiplas vidas que foram esquecidas saltam à vista no arquivo, nos oferecendo a chance de pelo menos por algum momento tocar o real. Do súbito estranhamento e encantamento com o arquivo, Farge (2009), ainda aponta uma questão que se impõe ao pesquisador: Diante da multidão de vestígios, como tirar do esquecimento existências que, ao não ser para serem punidas, jamais foram lembradas em vida? Compartilhamos a indagação da autora, pois ela se fez necessária, principalmente, quando encontramos vestígios dos esquecidos pela história nos prontuários psiquiátricos.

Instigados pelo incômodo de haver poucas informações sobre o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho - os personagens, discursos e práticas que se produziram ali - encontramos em meio a caixas de papelão e papéis deteriorados pelo tempo, a possibilidade de reconstruir trechos de acontecimentos importantes que fizeram parte da história de Goiás e que poderiam ser analisados de acordo com o objetivo deste trabalho. No entanto, como já assinalado anteriormente, tal tarefa não foi fácil.

A dificuldade em acessar partes dessa história ou mesmo em encontrar alguns dos documentos que foram produzidos na época, também se justifica na decisão dos governantes em demolir o hospital psiquiátrico, ao invés de construir o que seria o “arquivo da loucura em Goiás”, como ocorreu em Barbacena – MG⁵⁶. A demolição traria o silenciamento e o esquecimento das práticas do hospital psiquiátrico e dos muitos seres humanos que foram internados ali?

Mesmo diante das tentativas do município e do Fórum Goiano de Saúde Mental, que buscavam o tombamento do hospital como patrimônio cultural, o governador Maguito Vilela manteve sua decisão e o prédio foi demolido no ano de 1997.

Quem Governa o Estado de Goiás sou eu. Sou eu que dou destino às áreas públicas de Goiás. Não é este ou aquele sindicato ou esta ou aquela instituição que vai dizer o que vou fazer. Estou demolindo um prédio que não serve nem para pocilga e não sei porque o Ministério Público interfere nessas coisas. Quem sabe a destinação das áreas públicas é o governador do estado, é o chefe do poder executivo e eu vou exercer minha autoridade (O Popular, 06/08/97).

⁵⁶ O museu da loucura em Barbacena – MG preserva a história do maior Hospital Colônia de Barbacena. Considerado o maior hospital psiquiátrico já construído no Brasil, o Hospital Colônia se tornou um depósito de seres humanos violados em todos os seus direitos.

Com a derrubada do hospital, a área foi destinada a construção do Centro de Reabilitação Henrique Santillo - o CRER. No entanto, em contraste com a gigantesca obra, parte dos muros do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho continuou de pé, mostrando-nos que o esquecimento da história não ocorreu de maneira completa. A respeito de ambos os monumentos, é interessante destacar que eles dizem de um espaço que, em épocas distintas, sediou duas magníficas e grandiosas obras, consideradas referências em Goiás.

Na época da demolição, muitos dos documentos do hospital que ainda se encontravam em seu interior foram destruídos. No entanto, assim como parte dos muros, alguns dos prontuários psiquiátricos resistiram e foram arquivados no Pronto Socorro Wassilyc Chuc⁵⁷, ficando sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Recolhidos em duas salas e dispostos em inúmeras caixas de papelão, sabíamos que eles não estavam organizados e ordenados de maneira que pudessem facilitar o processo de pesquisa, porém, pelo interesse em abrir as caixas, submetemos o projeto ao comitê de ética da Escola Municipal de Saúde Pública de Goiânia e da Universidade Federal de Goiás, cuja aprovação foi concedida.

A princípio, já no arquivo, notamos a ausência de prontuários que datavam da época inicial do Adauto, principalmente os referentes às décadas de 1950 e 1960. Os que ali se encontravam não estavam ordenados de maneira que se pudesse estabelecer uma linha que narrasse os acontecimentos de acordo com os anos. No entanto, cumpre frisar o caráter histórico de nossa pesquisa, que não se prendeu à linearidade e à continuidade da história, mas às suas rupturas, ao movimento e à fluidez dos discursos e práticas. Ao mesmo tempo, destacamos que esta pesquisa também se fez a partir de outros documentos históricos e não exclusivamente da análise de prontuários.

Iniciamos, pacientemente, com a leitura, vasculhando os prontuários sem nos preocuparmos, de imediato, em estabelecer um recorte temporal: queríamos apenas conhecer os detalhes que eles poderiam nos oferecer. Contudo, sabíamos que o arquivo comporta suas tentações e armadilhas, sendo que uma delas é “estar absorvido a ponto de nem saber mais como interrogá-lo” (Farge, 2009, p. 71). Nesse sentido, precisávamos de recorte e, na multidão de histórias, com o intuito de encontrar nelas informações sobre a família,

⁵⁷Cumpre ressaltar que no Pronto Socorro existem cerca de cento e quarenta e quatro mil prontuários, sendo que a maioria data depois do fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Em razão de se encontrarem no mesmo espaço, foi necessário muito esforço físico para a separação daqueles que os funcionários do local julgavam serem os mais antigos. Dada às condições de armazenamento, os prontuários estavam muito danificados, o que necessitou muita paciência e delicadeza no manuseio.

elencamos cinquenta e oito prontuários⁵⁸ para leitura, sendo vinte oito de pacientes do sexo masculino e trinta de pacientes do sexo feminino.

Sabíamos que, em comparação ao quantitativo de prontuários do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, esse número era bem reduzido; no entanto, não estávamos em busca de totalizações e nem de se construir a história da loucura no Estado a partir dos prontuários. Problematicando a temática da família, eles apenas nos provocariam, nos fariam rir e nos inquietariam a partir pelos seus discursos e práticas que adquiriram efeitos de verdade e poder.

No tateio minucioso e muito paciente, aos poucos, corpos atravessados e reduzidos a classificações psiquiátricas começaram a aparecer, convidando-nos a pensar sobre os discursos e práticas que se produziram no hospital psiquiátrico. Para além das caixas e papéis, podíamos traçar nas linhas de saber e poder o lugar e a função dada à família.

Cumpramos ressaltar que também tivemos a oportunidade de conversar com uma assistente social que trabalhou no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho entre os anos de 1984 e 1995, e que no momento da realização da pesquisa trabalhava no pronto socorro - o local físico do arquivo. Em meio a conversas informais, escutamos a sua história que se produziu no contato com os pacientes e suas famílias, e que também dialogava com as anotações dos prontuários.

É importante esclarecer que não utilizamos a entrevista como fonte de pesquisa, no entanto, dadas as intensidades provocadas do encontro e das reflexões despertadas ao ouvir sua história, elaboramos trechos do diário de campo que foram apresentados ao longo do trabalho. O fizemos de acordo com Carrion (2011), que, ao historicizar sobre um hospital psiquiátrico no Espírito Santo, para não negligenciar o que se produziu no contato com o arquivo, trouxe em seu texto, pequenos fragmentos de acontecimentos que apareceram no campo e que também diziam de vozes vivas e intensas.

Histórias de miudezas: ler notas de um passado distante, escutar as memórias de um narrador, inventar mundos – tristes, intensos, alegres, pequenos, fortes, perigosos – que poderiam ter feito parte dessa história. Dela, conhecemos fragmentos; desses fragmentos, tecemos uma história que não se pretende a *verdade do passado* (Carrion, 2011, p. 16, grifo do autor).

⁵⁸Cada prontuário é composto por folhas de identificação do paciente com as seguintes informações: nome, idade, data de nascimento, procedência, profissão, grau de instrução, causa da internação, observação e evolução do quadro psiquiátrico, etc. Em alguns casos, dado o número de reinternações, o prontuário se torna volumoso, já em outros é a ausência de informações ou informações incompletas que chamam atenção.

Do arquivo, seus prontuários e provocações, somado com outras produções que tivemos acesso - revistas médicas, relatórios oficiais, jornais, dissertações e teses, partimos em busca de eixos de análise que dissessem de acontecimentos singulares, jogos, confrontos e forças que se alinharam para a produção do que nos chegaram na atualidade. Destacamos que os eixos de análise, formados a partir das “repetições” no material pesquisado, trouxeram à tona duas rupturas/transformações nos discursos e práticas da psiquiatria que se dirigiram à família de pacientes psiquiátricos.

Apresentamos a seguir, os eixos que dizem da primeira ruptura mapeada, isto é, dos discursos e práticas da psiquiatria que foram dirigidos à família do psiquiatrizado no contexto da hospitalização psiquiátrica.

2.3 A chegada ao hospital: a participação da família nos encaminhamentos

Um hospital psiquiátrico construído na zona periférica da recém-inaugurada Goiânia, à espera de seus pacientes. Era assim o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho⁵⁹, a “obra humanitária, tão necessária e utilitariamente agradável ao Governo do Estado” (Folha de Goyaz, 03/04/1954). Para o Estado tinha seu valor, pois, além de representar a materialidade do progresso, tão visada pelo governador Pedro Ludovico, tinha sido um dos nove hospitais psiquiátricos inaugurados pelo Brasil, sob a direção do psiquiatra Aduino Botelho. Dessa feita, pela importância que lhe foi atribuída, tão logo começou a receber pacientes vindos de vários lugares e chegando de diversas maneiras, em busca do tratamento especializado que nele se exercia.

Diferente do Hospital Colônia de Barbacena – MG, aqui não se utilizava do trem de doido⁶⁰ no transporte de pacientes psiquiátricos. Não havia o trem, mas isso não impediu de chegar, todos os dias, “doidos” de diversos cantos do Brasil, fazendo com que a sobrecarga e

⁵⁹ A construção do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho foi possível graças à iniciativa do psiquiatra e diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), Aduino Junqueira Botelho. Segundo Piccinini (2009), sob a sua direção, a assistência aos doentes mentais sofreu grandes transformações e cresceu de modo extraordinário, sendo criados ambulatorios de saúde mental no Amazonas, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal. O autor, citando Paulin e Turato, ainda afirma que na gestão de Aduino Botelho, além dos ambulatorios, foram abertos 16 mil leitos psiquiátricos pelo país.

⁶⁰ Um trem de doido que cortava todos os cantos do Brasil, levando a sua carga insana para o manicômio de Barbacena-MG. Uma viagem sem volta. Sobre ele Arbex (2013) nos conta que, semelhante aos judeus levados de trem para os campos de concentração nazistas de Auschwitz na segunda guerra mundial, os deserdados que embarcavam no trem de doido não sabiam para onde seriam levados ou mesmo se sairiam vivos de lá. Talvez Goiás, em períodos anteriores, tenha utilizado o próprio trem para encaminhar pacientes ao hospício mineiro, mas apenas é um apontamento que pode ser explorado em outras investigações.

precariedade viessem a se instalar desde os primeiros anos de funcionamento do hospital psiquiátrico.

Sobre nota do Diário Oficial, a respeito do estado deplorável em que se acha o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, conforme declaração da presidente da Associação Beneficente da Vila Nova, a reportagem foi procurada ontem por uma senhora que esteve naquele nosocômio, sentindo a miséria e a arbitrariedade que ali ocorrem; onde os internos passam privações de toda natureza, principalmente da alimentação, higiene e leito; além da maneira péssima com que são tratados. Adiantou ainda que uma enfermeira do hospital garantiu haver dezenas de tuberculosos no nosocômio (Folha de Goyaz, 21/02/1961).

O excerto acima, produzido sete anos após a inauguração, já evidenciava os problemas⁶¹ que permaneceriam ao longo dos quarenta e um anos de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Outra problemática que fazia parte da realidade se referia à quantidade de pacientes que, em razão das internações longas e da rejeição e abandono por trás de cada história, ficavam definitivamente no hospital.

Durante quatro décadas, foi o centro gravitacional de tratamento psiquiátrico em Goiás, único hospital do estado nessa categoria. Atendia a grande número de pacientes internos, inclusive pacientes moradores, muitos dos quais perderam a referência familiar ou social. Chegou a ter 475 pacientes, em área física para 255 leitos (Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Goiás, 2010, p. 129).

Destacamos que no ano de 1985, sob a direção de Luiz Eduardo Jorge, Waldir Pina e Kim-Ir-Sem, foi filmado o documentário *Passageiros da Segunda Classe*⁶², cujo conteúdo atesta a precariedade da instituição, os maus tratos, o uso da eletroconvulsoterapia como meio de tratamento psiquiátrico, o isolamento e o abandono de toda uma população considerada como “louca”. *Passageiros da segunda classe*, o título do documentário também fala por si.

⁶¹ Ainda a respeito da precariedade vivida pelos pacientes do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, segue trecho de uma reportagem publicada no jornal O popular em 1993: [...] os pacientes não tem leite no café da manha e nem ao ingerir os medicamentos, que normalmente são fortes. Os servidores denunciaram ainda que piorou a alimentação fornecida aos doentes que nas refeições comem arroz branco e macarrão, além de estar faltando roupas e material de limpeza (O popular, 12/11/1993).

⁶² *Passageiros da segunda classe* propõe um olhar cinematográfico humanizado no interior de um manicômio, no qual os pacientes segregados são submetidos ao abandono, isolamento e eletrochoque. São transformados em verdadeiros lixos humanos. O documentário, com 21 minutos e 30 segundos, de autoria dos fotógrafos Kim -Ir-Sem Pires Leal e Waldir Pina e do historiador e cineasta Luiz Eduardo Jorge, foi rodado no extinto Hospital Adauto Botelho, em Goiânia (GO), em dezembro de 1986, após pesquisa audiovisual realizada entre 1985 e 1987 sendo finalizado em fevereiro de 2001 (Sinopse do filme *Passageiros da segunda classe*, disponível em: <http://festcinegoiania.com/filmes/passageiros-da-segunda-classe-2>).

Mas caminhemos adiante, em busca de responder a seguinte questão: Qual a participação da família nos encaminhamentos e nas internações no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho?

Mapeamos que a polícia detinha a maioria dos encaminhamentos e internações de pacientes masculinos no hospital psiquiátrico, conforme os prontuários analisados. Essa informação nos fez lembrar-se de um conto, produzido por Lima Barreto no ano de 1914. O conto *Como o homem chegou*⁶³, trata da história de um delegado encarregado de capturar um jovem louco que vivia nos confins de Manaus. O louco perigoso chamava Fernando.

Entre a ficção e a realidade apresentadas na história de Lima Barreto, mapeamos que em Goiás o aparelho policial também exercia a função de captura dos tidos como loucos. Conforme analisamos, as internações se justificavam, na maioria das vezes, no discurso do perigo que colocava em risco a segurança da população e da família. Dessa feita, essa prática evidenciava a íntima relação entre a psiquiatria e a polícia - polícia que silenciava algum ato na rua e que também levava os indivíduos ao hospital, conforme expõe Carrion (2011).

Tsu (1993), ao historicizar sobre a influência dos acompanhantes na decisão psiquiátrica da internação, aponta que quando era a polícia a responsável pelo encaminhamento do paciente ao hospital psiquiátrico, a probabilidade deste ser internado somava cem por cento. Nesse sentido, a autora questiona sobre a “fachada” de práticas institucionais que, embora professem objetivos terapêuticos, podem ter como finalidade o controle de problemas decorrentes da organização social (idem, p. 46, grifo do autor).

Desse modo, conforme mapeamos em nosso campo de análise, muitas internações que se diziam terapêuticas, acobertavam uma prática social de gestão de condutas indesejáveis, operadas a partir de alianças entre psiquiatria e polícia. “Perturbadores da ordem pública”⁶⁴; “portadores de más intenções”⁶⁵; “louco perigoso que traz pânico à população”⁶⁶; “criador de espetáculos nas ruas por causa de sua loucura”⁶⁷; eis algumas das produções que subsidiavam as internações no Aduino Botelho.

Por essas considerações, retornamos a Lima Barreto, não apenas o escritor, mas um indivíduo internado várias vezes no Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro - o

⁶³ Em uma terra inteiramente entregue à chatinagem e a veniaga, Fernando foi tomando a fama de louco, e não era ela sem algum motivo. Certos gestos, certas despreocupações e mesmo outras manifestações mais palpáveis pareciam justificar o julgamento comum; entretanto, ele vivia bem com o pai e cumpria os seus deveres razoavelmente. Porém, parentes oficiosos e outros longínquos aderentes entenderam curá-lo, como se se curassem assomos de alma e anseios de pensamento (Lima Barreto, 1914).

⁶⁴ Prontuário nº 1.634.

⁶⁵ Prontuário nº 1.235.

⁶⁶ Prontuário nº 759.

⁶⁷ Prontuário nº 1.870

antigo Hospício Pedro II. Desse lugar, interno em um hospital psiquiátrico, Lima Barreto questionava sobre a atuação da polícia em suas internações.

Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida. De mim para mim, tenho certeza que não sou um louco; mas devido ao álcool, misturado com toda espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há seis anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio (Lima Barreto, 2017, p. 34).

Para ilustrar o que se produziu em Goiás, trazemos o caso de Pedro⁶⁸, silenciado pela polícia e conduzido ao Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho no ano de 1975. Ele, ao ser encontrado perambulando e “fazendo arruaças pela cidade”⁶⁹, 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”⁷⁰, 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”.⁷¹ 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.

Outros fragmentos que também se referem sobre a atuação repressiva da polícia e a sua relação com a psiquiatria emergem na história de Mário⁷², internado no ano 1981. Segundo as anotações do prontuário, Mário era um indivíduo perigoso, que trazia riscos a sua família e a comunidade em que vivia.

[...] A través deste faço apresentar a V.S^a., Mário, possuidor de fichas nesse hospital. Por sofrer das faculdades mentais, tornou-se agressivo, tentando, inclusive, enforçar a seu pai. Ele agride violentamente qualquer pessoa e como não possuimos casa de saúde do gênero aqui mais perto, recorreremos a vossa prestimosa atenção no que tange ao seu atendimento, digo, internamento neste hospital. Esclareço ainda que o paciente esteve internado aí já duas vezes, mas à medida que é liberado, aqui chega com toda agressividade, desestabilizando a segurança e tranquilidade do povo deste município. Além das agressões, retira toda sua veste em via pública, isto sem falar no risco que corre de ser esmagado por um veículo, já que o mesmo não tem sensação de perigo.⁷³

Mesmo em pequena proporção, se comparado aos homens, à polícia também era responsável pela internação de algumas mulheres. Destarte, evidenciamos a presença de

⁶⁸ Prontuário nº 739.

⁶⁹ Prontuário nº 739.

⁷⁰ Prontuário nº 739.

⁷¹ Prontuário nº 739.

⁷² Prontuário nº 071.

⁷³ Prontuário nº 071.

semelhanças nos discursos que justificavam os encaminhamentos ao hospital psiquiátrico – tratava-se da manutenção da ordem pública contra as perturbações causadas pelas loucas. A internação de Marta⁷⁴ serve de ilustração.

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”⁷⁵, também dizia ser rejeitada pela família. Sobre a sua loucura, apresentamos o excerto abaixo:

Vemos informar que “Marta”, há mais ou menos uns 20 (vinte) dias, está nesta cidade, aonde vem causando transtorno e inquietação à população, principalmente a funcionários e doentes dos hospitais. Ela fica constantemente nos hospitais dizendo ser enfermeira, tornando sempre agressiva, sendo todos os dias conduzida pela Polícia para a cadeia local, porém não podendo permanecer detida. A família não consegue controlar a paciente que já quebrou vidros, armários em três hospitais desta cidade. Desta feita, solicitamos obsequiosas providências cabíveis ao caso, principalmente, que seja recolhida neste estabelecimento e se submeta aos tratamentos convenientes.⁷⁶

As internações de Pedro, Mário e Marta correspondem à intervenção do aparelho policial em Goiás e sua relação com a psiquiatria. Em todas elas, nota-se que em algum momento foi evidenciado o papel da família. Fosse pela ausência ou por fugirem do controle da família, tais indivíduos se tornaram alvos da polícia que, responsável pela manutenção da ordem pública, devia intervir. Conforme analisado, a intervenção era o encaminhamento ao hospital psiquiátrico.

Outra forma de encaminhamento se refere aos gestores municipais, que também eram responsáveis pelas internações no hospital psiquiátrico. Falemos aqui de encaminhamentos que partiam de prefeitos e que também colocava em questão a relação estabelecida entre o poder público e a psiquiatria em Goiás. Miguel⁷⁷, internado no ano de 1969, nos ajuda a contar sobre as alianças tecidas entre esses poderes.

Estou encaminhando para aí o jovem Miguel que se acha fraco do miolo, necessitando de um internamento no “Adauto Botelho”. Peço ao amigo para arranjar um lugar no referido manicômio. Este pedido é feito como amigo, companheiro e também político. Muito grato pela atenção que por certo dará a este pedido (Carta do prefeito de Pirenópolis - GO, enviada ao Diretor do hospital Adauto Botelho em 08 de julho de 1969, grifos do autor).⁷⁸

⁷⁴ Prontuário nº 255.

⁷⁵ Prontuário nº 255.

⁷⁶ Prontuário nº 255.

⁷⁷ Prontuário nº 1.242.

⁷⁸ Prontuário nº 1.242.

Cumprе frisar que no registro de Miguel não havia informações a respeito de sua família, o que poderia nos indicar o peso que ela teve nesse acontecimento. No entanto, conforme analisado, a ausência da família também era um elemento que justificava intervenção pública. O caso de Miguel foi retratado até ano de 1971, quando foi reinternado no hospital psiquiátrico, novamente por solicitação do prefeito:

Em companhia do Senhor Delegado de Polícia local, dirige-se a esse Hospital o Sr. Miguel, débil mental, que, na tentativa de fuga, praticou vários danos na cela da cadeia local, tornando-nos impossível a sua manutenção nesta cidade, já por falta de segurança, já, principalmente, o que deveria ser mais certo, por falta de tratamento condigno. Miguel vem causando graves consequências pela cidade, pondo em risco a sua própria vida, assim como a vida de outras pessoas, tendo em vista que o mesmo encontra-se aparentemente fraco da cabeça, assim confessa toda a comunidade.

Encaminho o demente em referência, pedindo a V. Exa. a especial gentileza e caridade de novamente interná-lo nesse Hospital, a fim de que ele se submeta aos tratamentos devidos, ficando, desde já agradecido pela acolhida que lhe fôr dada.⁷⁹

A família também era responsável pelas internações no Hospital Psiquiátrico Aduato Botelho, sendo que nos arranjos mapeados, analisamos duas posições assumidas por ela nesse contexto. Em primeiro lugar, havia a família que acreditava que o tratamento psiquiátrico daria a possibilidade de cura e o familiar pudesse retornar para casa. Sobre tal postura, evidenciamos o excerto abaixo:

A paciente veio com o pai, que informou-nos que vai ficar trabalhando aqui em Goiânia para conseguir o dinheiro e eles voltarem para casa. Eles moram na Bahia. O pai é muito preocupado com a paciente, faz visitas com frequência. Obs.: Pediu para não cortar o cabelo da sua filha.⁸⁰

Outra posição assumida pela família se refere à utilização do hospital psiquiátrico como um meio de também se afastar e abandonar o seu membro. Esse acontecimento atravessa histórias como a de Francisco⁸¹, internado pela primeira vez em 1974 com o diagnóstico de distúrbio de comportamento e déficit de adaptação familiar. Seu prontuário evidencia que a família recusava a sua alta hospitalar e dizia que seu lugar era internado definitivamente no hospital: “a família não aceita o retorno do paciente, quer que ele fique aqui por muito tempo. Alega ser ordem do médico”⁸².

Se a polícia detinha a maioria dos encaminhamentos de pacientes masculinos ao hospital psiquiátrico, no caso das mulheres era a família que tinha participação preponderante.

⁷⁹ Prontuário nº 1.242.

⁸⁰ Prontuário nº 3.598.

⁸¹ Prontuário nº 1.346.

⁸² Prontuário nº 1.346.

E em relação às posições ocupadas já assinaladas, em muitos casos a família também resistia em aceitar o retorno do seu membro ao lar, como no caso de Cristina⁸³. De acordo com as anotações do prontuário, após receber alta, Cristina foi conduzida à sua casa em companhia de uma assistente social que fez o seguinte registro:

Paciente calma, sorridente, participativa, em condições de acompanhamento ambulatorial. [...] A família desta paciente nunca procurou saber notícias da mesma. Foi levada na ambulância do SUDS em sua cidade de origem, não foi bem recebida, a mãe a ameaçou com uma faca e disse que não deveria ter levado a paciente, pois o lugar dela é no Aداuto, internada.⁸⁴

Em razão da função custodial exercida pelo Hospital Psiquiátrico Aداuto Botelho que serviu para abrigar principalmente os considerados abandonados e rejeitados pela família, na época do seu fechamento muitos dos pacientes foram transferidos a outras unidades de assistência, pois a família não foi encontrada ou não quis recebê-los. Mesmo que seja fonte de discussão no capítulo seguinte, situamos a matéria publicada no jornal O popular, sob o título *Rejeição devolve interno do Aداuto às clínicas*, pois ela fala dessa história feita rupturas e descontinuidades, onde os discursos e práticas continuaram produzindo seus efeitos, mesmo após a desativação do hospital psiquiátrico.

Quase metade dos portadores de distúrbio mental que viviam no Complexo Psiquiátrico Professor Aداuto Botelho, desativado em 1995, não teve suas famílias localizadas até hoje. Eles sofrem mais diretamente com um problema que faz parte da vida de todos os doentes mentais: a rejeição e o abandono dos parentes.

Eram cerca de 200 internos no Aداuto Botelho na época de sua desativação, dos quais 114 não tinham endereço ou referências familiares. Eles foram transferidos para clínicas particulares ou instituições filantrópicas, onde continuaram sendo mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desses, 17 morreram, 15 tiveram os parentes encontrados e retornaram a seus lares e 79 continuaram internados. Os que conseguiram voltar para casa precisaram enfrentar, na maioria dos casos, a resistência da família. É o caso de Ondumar (os sobrenomes, quando conhecidos, serão preservados na reportagem), de 62 anos, que foi transferido do Aداuto Botelho para o Lar Vicentino, em São Luís de Montes Belos. A presidente da instituição, Edna Ramos Barbosa, conta que foi tentado contato por telefone com a família de Ondumar por diversas vezes, mas nunca havia retorno. Quase dois anos depois, uma irmã do interno chegou a visitá-lo por duas vezes, mas nunca mais apareceu (O popular, 04 de fevereiro de 2001).

Por fim, mesmo que tenha sido minoria, havia casos que o próprio indivíduo buscava a internação psiquiátrica, conforme se analisa na história de Zélia⁸⁵. O registro feito no ano de 1980 dizia que às 15h: 35min de uma quarta-feira, Zélia “chegou sozinha, de mala e cuia e um

⁸³ Prontuário nº 253.

⁸⁴ Prontuário nº 253.

⁸⁵ Prontuário nº 761.

rádio em uma sacola, dizendo que queria internar”.⁸⁶ Ainda no prontuário foi evidenciado que a paciente era rejeitada pela família e que no ato da internação apresentou um bilhete, escrito por uma vizinha, com o intuito de reforçar o seu pedido.

Por favor Doutor, interna essa criatura. Ela está desorientada. É que a casa dela foi toda queimada. Acabou tudo, ela está bebendo muito e só fica na rua sofrendo. A família não cuida dela. Então, deixa ela aí alguns dias, por favor. Sou vizinha dela mais não posso fazer nada por ela.⁸⁷

Após uma breve apresentação, foi possível analisar alguns dos discursos que atravessavam as internações psiquiátricas e que também diziam respeito da família dos pacientes. Das vozes que se ergueram nos documentos, ouvimos alguns dos personagens que fizeram parte dos encaminhamentos. Sobre a psiquiatria, o aparelho policial, gestores municipais e familiares, elas disseram das relações de forças, dos jogos de poder e saber e das alianças tecidas entre tais poderes.

Evidenciamos em muitos encaminhamentos a utilização do discurso do perigo como meio de justificar as internações. Frequentemente, apropriado pelo poder público e pela família, o discurso do perigo emergiu como um elemento analítico, levando-nos a interessar em problematizar a respeito, especificamente de como a família se apropriava desse discurso para fundamentar as internações psiquiátricas. Para tanto, no próximo tópico, realizamos tal discussão a partir do caso Mário, o louco perigoso e rejeitado pela família e pela comunidade, conforme já apresentado anteriormente.

2.4. O discurso do perigo e a participação da família na internação psiquiátrica – O caso de Mário

Na capa de um prontuário psiquiátrico têm-se a seguinte informação: “A prefeitura recusa o retorno do paciente”⁸⁸. A curiosidade despertada nos fez abrir o documento e percorrer as páginas que o compõem. Tratava-se da história de um rapaz encaminhado ao hospital no ano de 1981. A prefeitura temia o seu retorno à cidade, pois Mário além de ser louco também era perigoso. “Durante uma crise de loucura, assassinou o irmão com um tiro de espingarda”⁸⁹. O crime ocorreu em 1979.

⁸⁶ Prontuário nº 761.

⁸⁷ Prontuário nº 761.

⁸⁸ Prontuário nº 071.

⁸⁹ Prontuário nº 071.

Trazemos excertos da história de Mário para, a partir deles, problematizar o discurso do perigo que fomentava as internações no hospital psiquiátrico e analisar qual a participação da família nos enunciados. Para tanto, por meio das discussões de Foucault, buscamos entender como se processou a relação entre loucura e perigo na história da psiquiatria. Dois conceitos que historicamente estiveram ligados.

Segundo Foucault (2010), antes da psiquiatria se institucionalizar como ramo da medicina, ela funcionou como instrumento de higiene pública, voltada para a proteção social. O seu interesse era o de se inserir como saber e poder em todo corpo social, pois se apresentava como única área capaz de diagnosticar e intervir em diferentes níveis da loucura. Nesse propósito, foi necessário realizar duas codificações: codificar a loucura como doença e perigo.

Essa dupla codificação vai ter uma história longuíssima ao longo de todo o século XIX. Podemos dizer que os tempos fortes da história da psiquiatria, mas também no século XX, serão precisamente quando as duas codificações se encontrarem efetivamente ajustadas, ou ainda quando se terá um só e mesmo tipo de discurso, um só e mesmo tipo de análise, um só e mesmo corpo de conceitos, que permitirão constituir a loucura como doença e percebê-la como perigo (Foucault, 2010, p. 101).

A loucura ao ser codificada como doença e portadora de perigos possibilitou o funcionamento da psiquiatria como ciência médica relacionada à higiene pública. Dessa forma, a psiquiatria intervém e diz: “ninguém mais poderia detectar antecipadamente esse crime que se manifestou, mas eu como saber, eu como ciência da doença mental, eu por conhecer a loucura, vou precisamente poder detectar esse perigo, que é opaco e imperceptível a todos os outros” (Foucault, 2010, p. 103).

Partindo da problemática apresentada pelo autor, sem pretender analisar o exame psiquiátrico e determinar qual a parcela de responsabilidade moral nos crimes de Mário, fazemos alguns apontamentos a respeito da sua loucura, internação psiquiátrica e a função exercida pela família nesse contexto. Tais apontamentos emergiram nos discursos de sua família e do poder público.

Aos 24 anos de idade, Mário foi encaminhado ao Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho a pedido da Comarca de Mineiros – GO. Segundo uma guia expedida pelo juiz, a sua internação deveria ocorrer o mais rápido possível, “antes que outro mal aconteça a sua família”.⁹⁰ A previsão do mal, conforme citado no documento, se justificava no assassinato cometido contra o seu irmão.

⁹⁰ Prontuário nº 071.

Na época, pela inimizabilidade que lhe fora atribuída, em decorrência do diagnóstico de doença mental, Mário havia sido internado algumas vezes no hospital psiquiátrico. Diante a ausência de informações em seu prontuário, não foi possível precisar a data de sua primeira internação.

Evidenciamos que antes de ser levado ao hospital psiquiátrico, Mário estava sob a guarda de sua família - guarda considerada precária. Dessa forma, o discurso do juiz se amparou no discurso da família para que o diretor da instituição pudesse acatar o pedido de internação no hospital psiquiátrico.

Senhor diretor, acompanhado do seu pai Sr. Francisco Joaquim Nunes⁹¹, encaminho com o presente a esse hospital o paciente Mário a fim de ser internado para tratamento mental, o que encareço a V. Sa. seja cuidado tendo em vista o agravamento de seu estado de enfermo mental, com sérios riscos a comunidade local tendo em vista a sua periculosidade em decorrência de sua loucura.⁹²

Se tratando de um indivíduo perigoso, Mário também trazia sérios riscos à sua família.

[...] voltamos a insistir que ele seja acolhido, isto porque vem tendo ataques de fúria e violência contra as pessoas e coisas, tornando-se altamente violento, com registro de estragos causados em casas comerciais, residências e outras, com prejuízos de vulto, além de ataques contra pessoas estranhas na rua e mesmo em suas casas, até mesmo da sua família, sujeito até a ocorrência de morte ou lesões graves, uma vez que o enfermo costuma se armar de faca, pau ou qualquer objeto que encontre. A família e nem as autoridades locais têm condições de mantê-lo aqui, diante da falta de instituições ou locais que possa ser internado, pois, segundo a família, os medicamentos que vêm sendo lhe ministrados não estão mais surtindo efeito em seu comportamento, de modo a abrandar a sua violência.⁹³

O prontuário de Mário apresenta poucas informações que possibilitam entender como se deu o desfecho da história. No entanto, foi possível analisar a ênfase dada ao seu estado acentuado de periculosidade, tendo em vista que o mesmo já respondia pelo crime de homicídio do irmão. A sua loucura também era fonte de preocupação dentro do próprio hospital, pois, como sugere a anotação em seu prontuário: “Paciente perigoso, responde por homicídio na família. Todo cuidado é pouco”⁹⁴.

A relação que se construiu entre a família de Mário, a administração pública e a psiquiatria, nos aponta sobre as formas de relacionamento entre tais instâncias ao longo da história. A esse respeito, Castel (1978) destaca que a loucura era uma questão de competência da família e as intervenções de autoridades públicas só ocorriam quando a primeira não

⁹¹ Nome fictício.

⁹² Prontuário nº 071.

⁹³ Prontuário nº 071.

⁹⁴ Prontuário nº 071.

conseguia exercer o controle sobre o seu louco. Precisamente, na ausência, carência ou impotência da família, a administração pública intervinha sob a justificativa da manutenção da ordem pública.

A família e a administração pública, incapazes de controlar Mário, delegou essa função à psiquiatria, e mesmo não sendo um manicômio judiciário, o hospital psiquiátrico foi o local onde Mário ficou internado. Conforme analisado no caso de Mário, a respeito dos discursos e alianças que se produziram entre a família, poder público e psiquiatria, nos diz Foucault (2010):

E então, como boa família, dócil às recomendações da administração, sentindo que existe um perigo, chama um oficial de justiça para constatar, em devida forma, o estado do doente. Quanto ao oficial de justiça, eu acho, mais uma vez sem ter plena certeza, que ele é um bom oficial de justiça e que vem acompanhado por um bom médico, para instruir um bom processo de internação *ex-officio* ou de internação voluntária (nesse caso, será sem dúvida uma internação voluntária), no asilo mais próximo. Temos, pois uma colaboração perfeita medicina-justiça-família-doente. [...] perigo para ele próprio, o doente é perigo para os outros, e é em torno desse pequeno fragmento negro, absoluto, puro, mas perfeitamente visível de perigo, que todo esse mundo é reunido (Idem, p. 123).

A discussão proposta também aponta a respeito da representação construída em torno da loucura e do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Fato evidenciado na época de seu fechamento. Da loucura desencarcerada, a sociedade temia pelo aumento da criminalidade.

Houve um aumento nos casos de crimes praticados por doentes mentais, principalmente depois do fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, diz o Delegado ao analisar as ocorrências policiais dos últimos seis meses, quando foram registradas na cidade, quatro crimes cometidos por deficientes mentais. O Delegado garante que pelo trabalho realizado diariamente é possível constatar que antes não se registravam tantos casos em tão pouco tempo. Segundo ele a situação ficou ainda mais difícil principalmente para as pessoas de baixa renda, que não tem condições de colocar seus parentes em clínicas particulares, sendo obrigadas a mantê-los em casa. [...] “a reabertura do Adauto Botelho, de acordo com ele o local certo para receber doentes mentais, é a solução porque ofereceria mais segurança. No entanto, isto teria que ser feito em outras condições, não nos moldes que o hospital funcionava (Fechamento do Adauto Botelho e o aumento da criminalidade - O popular, 1995).

Outros elementos de análise, que versam sobre o controle da psiquiatria e a relação estabelecida com a família e o poder público em Goiás, se apresentam de internações de menores. Também, dessa relação emergiam os discursos que sustentavam a internação de esposas, mães e donas de casa no hospital psiquiátrico.

2.5. A família enfraquecida e a internação psiquiátrica como estratégia de controle de menores problemáticos – O caso de Júlia

“O quadro clínico não justifica a sua permanência neste hospital”⁹⁵. Apresentamos o excerto encontrado no prontuário de uma menor, colocada sob a tutela da psiquiatria. Tratava-se de Júlia, uma menor “malcriada, desobediente e vadia”⁹⁶, internada no ano de 1977.

Segundo as anotações, ela foi encaminhada pelo Juízo de Direito da vara privativa de menores do Estado de GO, cuja alegação foi a de que se tratava de uma menor que necessitava urgentemente de internação psiquiátrica. Para subsidiar o encaminhamento ao hospital psiquiátrico, foi entregue um parecer a respeito da situação de Júlia – a menor de dezesseis anos de idade. Dada à riqueza do documento, consideramos a pertinente apresentá-lo na íntegra.

Histórico Social: Em 27 de maio de 1975, compareceu o casal Vicente e Maria⁹⁷, acompanhados da menor em tela. Os responsáveis pela menor relataram que esta é abandonada e tem apresentado problemas de conduta e evasão domiciliar. Foi encaminhada a APAE (segue relatório psicológico, em anexo, feito nessa data). Aos 15 de julho de 1975, comparece a responsável pela menor para entregá-la para este juízo, alegando ser, a mesma, malcriada, desobediente e vadia. Colocou que uma senhora por nome Josefa pretendia responsabilizar-se pela menor. Ficou de voltar ao juizado acompanhada pela menor, pela referida D. Maria e pelo irmão da menor em pauta. No dia 16 de julho, compareceu D. Maria, responsável pela menor. Essa informou-nos que a menor evadiu-se do seu lar. Em 30 de agosto de 1975, a menor foi encaminhada ao comissariado pelo Sr. José, o qual comunicou ter a menor aparecido em sua casa solicitando acomodação. A menor foi encaminhada aos responsáveis. Aos 20 de novembro de 1975, D. Maria entregou a menor para o juizado, alegando não ter condições de tê-la em sua companhia. Foi encaminhada para a casa de Plantão. Dia 06 de maio de 76, a menor evadiu-se da casa de plantão. Em 20/10/75 a mesma foi encaminhada ao centro de recepção e triagem (CRT). Aos 20/02/76 a menor foi apreendida por vadiagem pelo comissariado de menores. No dia 17 de abril de 76, a menor foi encaminhada ao plantão de comissariado por estar apresentando de saúde. O comissariado a encaminhou a OSEGO, onde foi medicada. Em 20/04/76 foi encaminhada ao sanatório Eurípedes Barsanulfo. Aos 11 de agosto de 76 a menor evadiu-se da casa de plantão. Em 19/01/77 a menor foi encaminhada a este juízo pelo juizado de menores de SP-SP.

Situação da menor: trata-se da menor Júlia, de 16 anos de idade, analfabeta. Filha de Vicência (falecida). Joaquim, irmão mais velho da menor prestou-nos as seguintes informações: a mesma nasceu de parto normal. Porém, desde o nascimento, era portadora de sífilis. Não foi submetida a tratamento médico. A doença foi atenuada somente com remédios caseiros mesmo, sempre seus

⁹⁵ Prontuário nº 1.382.

⁹⁶ Prontuário nº 1.382.

⁹⁷ Nomes fictícios.

machucados são de cura prolongada. Disse-nos, também, que a irmã sofreu todas as doenças comuns à infância. Aos 09 anos de idade a menor ficou órfã de mãe, ficando em companhia do casal até aos 14 anos. Atualmente encontra-se sob a responsabilidade deste juízo, por estar abandonada.

Situação da família: D. Vicência, mãe da menor faleceu há sete anos; era solteira. Teve três filhos: Joaquim, 28 anos, solteiro, lavador de carros, renda média: Cr\$ 300, 00 por mês; é seu irmão apenas por parte da mãe. Residia com seus padrinhos à Av. Comercial, próximo ao Armazém Campeão, na Vila Brasília. Francisca. 22 anos, amasiada e residente no município de Bonfinópolis. Desde o dia, digo desde o falecimento da mãe, a menor passou a viver em companhia do casal Vicente, 64 anos, casado, aposentado, recebendo o salário mínimo. E Dona Maria, 54 anos, doméstica. As condições econômicas da família são precárias. Não sabem maiores informações sobre a conduta da menor, pois esta não ficou somente em sua casa durante esses anos. Já morou com diversas famílias em Bonfinópolis, Trindade e São Paulo.

Conclusão: Trata-se de uma menor órfã, sem responsáveis, atualmente em estado de abandono e com sério problema de conduta (homossexualismo).⁹⁸

Pelas anotações em seu parecer e nas folhas de observação psiquiátrica, consideramos que o fato de ser órfã e também de fugir do controle de outras famílias, colocava Júlia sob o alvo de medidas interventivas que buscavam corrigir os problemas apresentados. Tratava-se de uma menor que deveria ser internada no hospital psiquiátrico, mesmo não apresentando quadro clínico que justificava tal procedimento. A doença de Júlia também era moral.

A internação da menor pôs em questão o próprio funcionamento da psiquiatria, na medida em que um dos psiquiatras questionou tal prática. Ele que dizia ser Júlia uma menor saudável, questionava sobre uma prática muito comum no Hospital Psiquiátrico Aduauto Botelho: “Até quando o Pronto Socorro Psiquiátrico e o Aduauto vão servir de abrigo para os menores que criam problemas nas ruas?”⁹⁹

O caso de Júlia se assemelha ao de Antônia, já apresentado no trabalho. Dos excertos apresentados podemos discutir sobre a internação psiquiátrica como estratégia de controle de menores problemáticos. Para tanto, cumpre ressaltar que essa temática também se insere na discussão dos dispositivos disciplinares como substitutos da família considerada enfraquecida, conforme apresentado por Foucault (2006a).

Quando a família se deteriora, quando ela não desempenha mais sua função, logo é instaurada, isso aparece com muita clareza no século XIX também, toda uma série de dispositivos disciplinares que têm por função paliar o enfraquecimento da família: surgimento das casas para crianças encontradas, orfanatos, abertura, nos anos 1840-1845, de toda uma série de casas para jovens

⁹⁸ Prontuário nº 1.382.

⁹⁹ Prontuário nº 1.382.

delinquentes, para o que chamará de infância em perigo, etc. Em suma, tudo o que podemos chamar de assistência social. (Idem, p, 105)

Dessa forma, o Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, sendo um dispositivo disciplinar, também cumpriria essa função ao receber muitos menores problemáticos, vindos de famílias enfraquecidas? Júlia e Antônia e outros menores podem responder essa questão.

Pelas anotações, meses após a internação de Júlia, Vicente e D. Maria solicitaram a sua alta hospitalar. No entanto, no ano seguinte, a menor foi readmitida no hospital psiquiátrico. Nesse momento, além de apresentar grave comprometimento de conduta, Júlia também apresentava “síndrome oligofrênica e déficit intelectual”.¹⁰⁰

2.6 A psiquiatrização da mulher como normatização da família - O caso de Joana

Se me permite Guimarães Rosa, é do canto das desalinhadas que também que quero falar. Do canto das desalinhadas indo para o Aduino Botelho, do canto de loucas que seguiam a mesma melodia. Aqui, os Sorôcos não eram os pais ou os filhos, mas os maridos. O lugar que elas iam também era longe: elas eram pobres! A melodia cantada somava com a dança dos corpos, e eles estavam nus. Mas nem todos entendiam. Muita gente, Guimarães Rosa, tinha medo de ouvir. O canto doía de tão profundo que era (Diário de Campo).

Um trem que transportava doidos, um hospício e as duas loucas que Sorôco conduzia. Duas loucas que seriam levadas para longe e para sempre. Fomos provocados pelo conto de Guimarães Rosa, e por essa razão também quisemos escrever sobre o canto das desalinhadas que foram conduzidas ao Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.

Ouvimos o canto e do contato com os psiquiátricos nosso olhar foi direcionado a uma temática que se fez evidente. Tratava-se dos discursos que se apresentavam nas internações de mulheres. Para se ter uma noção, se a polícia detinha a maioria das internações masculinas, no caso das mulheres era a família a principal responsável. Mesmo nos casos em que os homens foram internados por suas famílias, evidenciamos que não era dada ênfase em qual familiar havia sido responsável pela internação. No entanto, no caso das mulheres, a maioria foi internada pelos maridos¹⁰¹.

Com o intuito de evidenciar o canto das desalinhadas, apresentamos trechos da história de Joana¹⁰², uma mulher de trinta e dois anos, internada no hospital psiquiátrico. Cumpre

¹⁰⁰ Prontuário nº 1.382.

¹⁰¹ Mesmo que o trabalho não se prende a totalizações, destacamos que dos trinta prontuários femininos, dezoito diziam sobre internações realizadas pelos maridos.

¹⁰² Prontuário nº 1.364.

ressaltar que entre outros casos analisados, a escolha de Joana se deu pelo fato dele trazer elementos que também atravessam história de outras mulheres que foram internadas pelos seus maridos.

Joana, 32 anos de idade, de cor morena, foi internada no Aduino Botelho no ano de 1979 após o pedido do seu marido. Como sugere as primeiras anotações em seu prontuário, pelo fato de se encontrar dormindo no momento da internação, a construção do seu diagnóstico se deu a partir do relato de seu marido e de um ofício emitido pelo delegado da sua cidade de origem. O documento descrevia a situação vivida pelo marido.

Sr. Diretor: a Sra. Joana, mãe de nove filhos menores, esposa do portador, cujo a conduz, Sr. Raimundo, está em séria dificuldade, devido a apresentação de debilidade mental, dizendo o marido que fora desde ocasião do último parto, mas, em verdade, esta esposa e mãe, deixa seus filhos e passa a perambular sem rumo e sem destino, esquecendo por completo as obrigações maternas e de esposa [...] Não temos nenhum hospital nesta cidade que possa oferecer isolamento, e os médicos são clínicos ou cirúrgicos, e em especialidade do Hospital Psiquiátrico, não contamos com nenhum. E assim, reiteramos seja o cidadão atendido, para poder o mesmo cuidar de suas lavouras, porquanto não pode confiar e nem contar com a esposa, doente como apresenta.¹⁰³

Diante a imprecisão das datas, não foi possível encontrar informações a respeito da alta de Joana. No entanto, consta no mesmo prontuário que no ano de 1983, a paciente foi novamente internada. Sem negar ou desvalorizar a importância desses acontecimentos, o que chamou a atenção nesse momento foi que a família, que dizia não saber mais lidar com a situação, pediu aos policiais que conduzissem Joana ao hospital psiquiátrico e que fossem responsáveis pela sua internação.

Os policiais trouxeram a paciente a pedido de sua família. Relataram que a paciente passou a noite toda dando banho em seu filhinho. Ela disse que não quer ser internada no Aduino: “não quero voltar para o lugar das mulheres peladas”.¹⁰⁴

Como se analisa, nas internações de Joana, os discursos se entrecruzaram formando alianças que produziram uma verdade a respeito da paciente. Sendo o discurso um elemento estratégico das relações de poder e saber, conforme Foucault (2006b), nota-se que o discurso familiar que apresentou a demanda de internação, se relacionou e se sustentou no discurso do poder público. Já ao poder psiquiátrico, que completou a tríade discursiva, competiu atestar as alterações de conduta, os perigos e desordens ocasionados pela “doença” de Joana, tomando para si o encargo pelo asilamento e tratamento da paciente.

¹⁰³ Prontuário nº 1.364.

¹⁰⁴ Prontuário nº 1.364.

Após a internação, não coube à família participar do tratamento, não houve a visita de seus familiares enquanto a paciente esteve hospitalizada. Da mesma forma, espaços em branco deixados no prontuário, demonstram a escassez de informações a respeito da história de vida da paciente e de sua família, assinalando qual importância foi dada na investigação do caso. Fato que difere da quantidade de folhas preenchidas a respeito das intervenções medicamentosas.

Evidenciamos que a família foi determinante na internação de Joana, principalmente pelas informações que foram relatadas pelo seu marido. Nota-se, na primeira internação, que o marido com o intuito de confirmar o seu relato fez questão de acrescentar o discurso do delegado, que se fez mediante o ofício. Nessa situação se evidencia o que Foucault (2006c) discute sobre a tarefa da família disciplinarizada pela psiquiatria, que é o de decidir em seu interior quem é passível de intervenção. Dessa forma, investida pelo poder disciplinar, a família se torna a instância de anomalização dos indivíduos, enquanto o hospício se torna o veículo de moralização da família (Cunha, 1986, p. 131).

[...] as relações pais-filhos, as relações irmão-irmã, as relações marido-mulher vão se tornar, em suas perturbações internas, o domínio de investigação, o ponto de decisão, o lugar de intervenção da psiquiatria. O psiquiatra se torna então agente dos perigos intrafamiliares no que eles podem ter de mais cotidiano. O psiquiatra se torna médico de família em ambos os sentidos do termo: ele é o médico que é pedido pela família, que é constituído como médico pela vontade da família, mas é também o médico que tem de tratar de algo que ocorre no interior da família. É um médico que tem de tratar, do ponto de vista médico, desses distúrbios, dessas dificuldades, etc., que podem se desenrolar na própria cena da família. A psiquiatria se inscreve, pois como técnica de correção, mas também de restituição, do que poderíamos chamar de justiça imanente nas famílias (Foucault, 2010, p. 125).

Trazendo esses acontecimentos à análise, podemos entender que o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho tenha se servido com mecanismo de controle as mulheres que iam contra os papéis socialmente atribuídos a elas, como foi analisado no histórico de internação de Joana. Questionamos o fato de ter sido dado tanta importância na sua incapacidade de realizar as atividades domésticas e o cuidado com os filhos. Afinal de contas, que loucura era a sua?

Pelas anotações no prontuário, a história de Joana também foi atravessada pelo abandono. Conforme o registro, também produzido no ano de 1983: “paciente abandonada pela família; tem nove filhos e não tem residência fixa. Está doente há muitos anos. É agitada e agressiva. O irmão também é doente mental”.¹⁰⁵ Pelas poucas informações, não foi possível

¹⁰⁵ Prontuário nº 1.364.

ter acesso ao desfecho de sua história. Não sabemos se ela retornou ao convívio familiar ou se foi encaminhada a outra unidade de assistência.

A partir do que foi apresentado neste capítulo, vimos a emergência de arranjos que respondiam a tutelarização dos indivíduos e a função exercida pelo hospital psiquiátrico. Em todos os arranjos analisados, a família cumpria papel estratégico, fosse como participante ativa nas internações ou sendo incluída nos discursos do poder público e da psiquiatria para justificar as práticas de internação e medicalização.

Por meio de fragmentos das histórias de Mário, Júlia e Joana, foi possível traçar as linhas de força que atravessaram algumas das internações e como a família emergiu em cada uma delas. Dessa forma, foi evidenciado que mesmo participando direta ou indiretamente das internações, a responsabilidade pelo psiquiatrizado era do hospital, que o colocava sob a tutela.

Tsu (1993) afirma que a psiquiatria, historicamente, assumiu a função custodial dos pacientes, desobrigando a família a assumir a responsabilidade pelo membro adoecido. E em nossa analítica, mapeamos que essa postura exigiu novos rearranjos, principalmente, quando a instalação da luta antimanicomial começou a se tornar realidade em Goiás. Sob esse aspecto, o capítulo seguinte, discute o novo lugar atribuído à família no contexto da reforma psiquiátrica em Goiás, especificamente, quando a família passou a ser convocada a assumir a responsabilidade pelo seu psiquiatrizado e a psiquiatria buscou devolver o que tinha sido o seu encargo.

Capítulo 3: A Reforma psiquiátrica, a psiquiatria e a família do psiquiatrizado.

Eu sou um pássaro sem ninho,
 Porque viaja o meu pensamento
 som do vento.
 É grande o meu sofrimento,
 Sou um paciente fazendo tratamento,
 Tem dia que quase não aguento
 minha gente,
 Os médicos sem ter conhecimento
 da minha cura.
 Visando o meu futuro, remédio eu engulo
 Fico meio confuso, as lágrimas eu enxugo.
 Assim, remédio eu consumo, o tratamento
 eu assumo.
 Isto já é de costume, eu já não tenho como
 fugir,
 Tratando no Hospital-Dia
 vou ganhando vida,
 Assim eu sou mais feliz (Excerto produzido
 por um paciente do Hospital Psiquiátrico
 Aduino Botelho, no ano de 1993).

O presente capítulo discute sobre como o movimento da reforma psiquiátrica em Goiás fez emergir novos discursos e práticas na relação psiquiatria da psiquiatria com a família do psiquiatrizado. No entanto, em um primeiro momento, consideramos necessário apresentar a emergência desse movimento no Brasil e em Goiás, para, em seguida, discutir sobre as produções do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.

O final da década de 1970 é apontado como o início das primeiras discussões a respeito da reforma psiquiátrica no Brasil, especificamente, quando um grupo de trabalhadores em saúde mental passou a reivindicar melhorias nas condições de trabalho e a humanização dos serviços de assistência aos pacientes psiquiátricos. Segundo Amarante (1996), o grupo que mais tarde formaria o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi o propulsor na luta pela superação do modelo psiquiátrico tradicional, de caráter hospitalocêntrico e segregacionista em prol da construção e ampliação das redes substitutas de serviços de saúde mental.

Com o passar do tempo, o MTSM foi crescendo, agregando novos participantes, como integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005, p. 7).

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos

manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005, p. 7).

O MTSM se inspirou no Movimento da Psiquiatria Democrática, liderado por Franco Basaglia, criado na Itália, também a partir da década de 1970, que objetivava denunciar as práticas exercidas pelo poder psiquiátrico, isto é, o controle social, a normatização e a segregação aos doentes mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio trouxe a força necessária para o movimento reformista iniciado no Brasil, de ruptura com os discursos e práticas vigentes, oriundos da psiquiatria.

Segundo Amarante (1994), a luta contra a institucionalização, proposta por Basaglia, dizia respeito não somente a destruição do aparato manicomial, mas ao resgate da cidadania dos pacientes, e a transformação da relação da sociedade com a loucura, que havia sido cristalizada na exclusão social.

Cumpramos assinalar que a desinstitucionalização não deve ser entendida somente como um processo de desospitalização, mas se configura como a busca pela construção de novas realidades, seja de assistência à saúde mental ou na construção de um novo olhar a respeito da loucura. É partindo dessa consideração que segundo Amarante (1996), “se hoje podemos assumir que a realidade é construída, podemos admitir ainda que pode ser desmontada para ser (permanentemente) reconstruída sobre novas bases” (idem, p. 30).

As reivindicações pela desinstitucionalização psiquiátrica e a criação de serviços substitutivos, pautados no modelo de atenção psicossocial e comunitária, ganharam mais evidência quando, em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada no Congresso Nacional, o Projeto de Lei n. 3.657, que tinha como objetivo propor a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esse momento foi importante, pois se constituiu o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, conforme expõe o Ministério da Saúde (2005). Entretanto, cabe ressaltar que após doze de tramitação no congresso, enfrentando resistências quanto a sua implementação, a lei denominada como Lei Paulo Delgado, foi aprovada, no dia 06 de abril e 2001.

Destacamos que a lei, considerada por Tenório (2002) como progressista, representou uma conquista no cenário da saúde mental, fundamentando, dessa forma, o processo da reforma psiquiátrica que havia sido iniciado há mais de três décadas no Brasil. Em síntese, a respeito de seu conteúdo, ela dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência; regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo

assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial (Brasil, 2005, p. 8).

As transformações oriundas dada Lei Federal possibilitou que a família ocupasse uma posição ativa no modelo psicossocial de assistência a saúde mental, o que se justificava pela importância desta no cuidado e reinserção social do familiar em sofrimento psíquico. Dessa forma, rompendo com a posição que ocupava dentro do modelo asila/hospitalocêntrico, pois

com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo modelo médico, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizadas por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. Há, portanto, a ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar à família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia (Rosa, 2003, p. 52).

Maciel et al. (2009) ressaltam que a reforma psiquiátrica surgiu, então, no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação exercidas pelos manicômios. Esta mudança alterou a forma como a família vinha participando do cuidado ao doente mental, pois ela foi compreendida como uma importante aliada no tratamento e na efetivação da reforma. Neste sentido, ao destacar a importância da rede de apoio no tratamento da doença mental, trouxe a família para o centro de atenção, delegando a esta também a responsabilidade pelo cuidado do indivíduo com a doença mental.

Nessa perspectiva, dentre os treze artigos que compõem a lei¹⁰⁶, destacamos a importância dada na recuperação pela inserção na família, como se analisa nos artigos segundo e terceiro.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

¹⁰⁶ A lei 10.216/011, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, configurou novas práticas em relação aos portadores de doença mental no Brasil, buscou humanizar os tratamentos, eliminar as internações infundáveis e criar mecanismos de reinserção social. Através de um longo processo que é iniciado na Itália, vários debates e enfrentamentos são realizados e influenciam a reforma psiquiátrica brasileira.

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
 - II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
 - III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
 - IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
 - V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
 - VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
 - VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
 - VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
 - IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.
- Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica que é compreendida como um conjunto de transformações e práticas, saberes, valores culturais e sociais, como afirma o Ministério da Saúde (2005), não ocorreu de maneira uniforme em todo o Brasil, sendo que a implantação de serviços substitutivos em saúde mental, por exemplo, ainda enfrenta desafios em sua realização. Por tanto, apesar das dificuldades enfrentadas, mesmo que seja a passos lentos, Bezerra Júnior (2007) ressalta que o cenário psiquiátrico vem mudando a olhos vistos.

Obedecendo às especificidades locais e regionais, a Reforma psiquiátrica vem sendo construída no Brasil, e em relação ao Estado de Goiás, Silva (2010) ressalta que a mesma se encontra em pleno processo de adequação dos serviços as suas recomendações, em razão que vêm criando, a cada dia, novos serviços substitutos. Em Goiânia, por exemplo, a rede de saúde mental, começou a se transformar gradativamente com a instituição do novo modelo de atenção e a construção da política nacional (Tavares, 2007, p. 56). Ainda de acordo com a autora, tais mudanças ocorreram através mobilizações sociais, principalmente do Fórum Goiano de Saúde Mental, que fomentou a emergência de um novo modelo de assistência ao sofrimento psíquico.

O Fórum Goiano de Saúde Mental foi criado no Seminário: Loucura Maior é o abandono, realizado em 1984, com a participação de trabalhadores da saúde, estudantes, militantes em defesa dos direitos humanos, representantes de entidades, autoridades e parlamentares. Desde então realiza atividades periódicas, manifestações, debates e eventos que contribuem para fazer avançar a reforma psiquiátrica em Goiás, principalmente em Goiânia. [...] Acompanha a implantação de serviços substitutivos antimanicomiais contribuindo no debate que reconheça a cidadania da pessoa com transtornos mentais e viabilize a sua inclusão social (Informativo do Fórum Goiano de Saúde Mental, 2013).

Mesmo que as discussões tenham sido iniciadas ainda na década de 1980, o ano de 1997 é tido como o começo das transformações na política de saúde mental em Goiás, principalmente com a emergência de novas práticas dirigidas a assistência aos usuários em saúde mental. Entre os acontecimentos que assinalam o início da reforma no modelo de assistência psiquiátrica em Goiânia, Silva (2010), aponta a criação do primeiro Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), o Água Viva, em 1995; como também, o processo de reestruturação da atenção à saúde mental em Goiânia, em 1997.

Acrescentamos ainda, já no ano de 1998 a promulgação da lei municipal de n. 7.775, que dispunha sobre a política de atenção integral à saúde mental no município em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa (Goiânia, 1998). E no que se refere aos artigos elencados, apontamos que no artigo primeiro, inciso III, atribuía-se ao município a responsabilidade em “estabelecer condições que assegurem o acesso igualitário às ações e aos serviços de promoção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa; não excluindo o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Goiânia, 1998).

Anterior à promulgação da Lei Municipal de nº 7.775, assistimos em 1997 o fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Considerado a principal referência para tratamento mental na região Centro-Oeste (O popular, 04/04/1954), o fechamento do hospital psiquiátrico foi considerado um avanço na área de saúde mental, ao mesmo tempo em que trouxe muitos desafios.

Não pretendendo ignorar pontos importantes na constituição da reforma psiquiátrica em Goiás, é relevante apontar que neste trabalho demos ênfase aos discursos e práticas direcionadas à família no processo da desospitalização do Hospital Adauto Botelho. O nosso interesse foi, dessa forma, analisar o que mudou na relação família e psiquiatria, tendo em vista que em muitos prontuários psiquiátricos que datam do período de 1980 em diante, foram registradas várias estratégias de reestabelecimento dos vínculos familiares dos pacientes e a convocação da família assumir a responsabilidade pelo seu familiar, por meio de táticas variadas.

3.1 A ruptura nos discursos e nas práticas que se dirigiram à família no interior do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho

Dentre algumas das iniciativas que apresentam rupturas do modelo clássico de tratamento no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, podemos citar o projeto “Integração Família – Paciente – Comunidade” construído pela equipe do Serviço Social do hospital e o

funcionamento do Hospital-Dia, na qual os pacientes podiam retornar para casa ao final do dia (Guilardi, Ferreira e Zanini, 2005, p. 15). Ambos os acontecimentos que são tratados a seguir apontam para as rupturas no atendimento tradicional, marcado pela reclusão, exclusão e isolamento, em prol da inclusão pelos atendimentos de base comunitária. Desse modo, fazendo parte da política de desospitalização psiquiátrica, problematizamos sobre o lugar ocupado pela família nesse campo.

No ano de 1986, a equipe do Serviço Social do hospital psiquiátrico Aduino Botelho elaborou um projeto, intitulado “Integração Família – Paciente – Comunidade”, com o intuito de estimular a efetiva participação da família e comunidade no tratamento e na reabilitação do paciente psiquiátrico. O projeto era justificado pela importância dada à família e à comunidade na reinserção psicossocial do paciente, ao mesmo tempo em que apontava que a ausência dessa interação acarretava: “uma série de situações problemas, tais como: o hospitalismo e o isolamento do mundo exterior; grande número de pacientes excedentes, falta de dados, rejeição e abandono do doente mental” (Projeto Integração Família – Paciente – Comunidade do Serviço Social do hospital psiquiátrico Aduino Botelho, 1986).

Através da grupalização, a equipe de profissionais também esperava contribuir para o processo de conscientização da problemática da doença mental; estimular em toda a comunidade a participação na vida hospitalar; levar a família a compreender a necessidade de colaborar no tratamento do paciente; colaborar com os programas de prevenção e tratamento do alcoolismo e de drogas; colaborar para que o egresso recebesse a devida assistência; estimular as lideranças e grupos comunitários a identificar e participar na solução dos problemas de saúde mental. (Idem, p. 4).

Conforme se evidencia, a proposta do projeto era a de que o trabalho extrapolasse os muros do hospital, funcionando como um elemento de inserção familiar e social. Desse modo, quanto à operacionalização e o alcance das metas, o projeto seria realizado por meio das seguintes estratégias:

- 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. (Idem).

Não tivemos acesso a documentos que comprovem a efetivação do projeto, no entanto, a sua construção pode ser analisado como uma iniciativa na transformação das práticas psiquiátricas, principalmente ao estabelecer a família e a comunidade como pilares para a integração e reinserção do paciente.

Outro acontecimento que sinaliza as iniciativas nascidas no interior do hospital psiquiátrico foi à implantação do serviço de atendimento em regime de semi-internação, o Hospital-Dia, em 1987. A proposta era a de que o paciente passasse o dia no hospital, participando de terapias de grupo, desenvolvendo atividades manuais e retornasse para casa ao final do dia. Dessa forma, seu principal objetivo era o de oferecer um tratamento integrado, dando prioridade ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários do paciente, e concomitante, a sua ressocialização (Guilardi, Ferreira, Zanini, 2005).

A respeito do funcionamento e as transformações operadas a partir do Hospital-Dia, em matéria publicada no jornal O popular, temos os seguintes apontamentos.

Apesar das inúmeras dificuldades, nestes seis anos de funcionamento o Hospital-Dia tem conseguido muitos êxitos concretos, como no caso do primeiro paciente da entidade: A. A. M., solteiro, 34 anos, internado várias vezes no Hospital Adauto Botelho e em clínicas de repouso. Chegou ao hospital desorientado, agressivo, rindo sozinho, inquieto, dizendo coisas sem sentido e confuso. Após sete meses de tratamento, ele recebeu alta hospitalar e atualmente trabalha em um Pit-dog, com inscrição no SINE (Ministério do Trabalho). O paciente J.A.B., 45 anos, solteiro, mecânico, aposentado, ficou internado no Adauto Botelho durante 15 anos, com situação judicial pendente. Foi encaminhado ao Hospital Dia em maio de 1987, ansioso, inseguro, confuso, com solicitações vagas. Durante o tratamento teve uma boa evolução e em dezembro do mesmo ano foi encaminhado para prestar serviços em uma oficina mecânica. O paciente se adaptou muito bem ao trabalho e diz que está muito feliz (O popular, 1995).

Conforme se analisa, ambas as iniciativas apontavam uma nova posição ocupada pela família nos discursos e práticas da psiquiatria. No entanto, o hospital encontrou resistências, principalmente diante dos casos que não havia informações sobre a família, ou quando a

própria família se recusava a aceitar o regresso do seu membro ao lar e dar a continuidade do tratamento ambulatorial. A tutela da psiquiatria continuava a produzir efeitos.

3.2 A busca pela família dos pacientes asilares, o fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho e a transferência dos “sem família”

Maria do Nordeste, mulher sonhadora! Para trás deixou toda a sua família, chegando a capital com o sonho de mudar de vida. Promessa tão garantida por aqueles que a trouxeram – pais de uma família. Maria, empregada, entusiasmada, em busca do Eldorado. Nas travessias da vida, não olhou para os lados. No encontro com um carro, toda sua vida. Maria, acidentada, hospitalizada e abandonada. Quando recebeu alta, ninguém a esperava, nem sequer sabia o sobrenome daquela família. De um hospital, levada a outro. Assim chegava ao Adauto, sem casa e sem o diagnóstico da loucura... Por enquanto. (Diário de Campo)

Adão¹⁰⁷ foi internado por policiais, no ano de 1974, sob a alegação de perambular pelas ruas e trazer pânico a população. Ao diagnóstico de personalidade epiléptica e distúrbio de agressividade, acrescentava-se que Adão sofria de adaptação familiar e que sua família dizia que seu lugar era no hospital internado, pois ele já havia tentado matar parentes. Apesar de poucas informações no seu prontuário, tendo em vista que muitos dados não foram preenchidos completamente, foram ofícios encaminhados ao juiz de sua cidade e aos seus familiares que despertaram atenção.

No primeiro, enviado no ano de 1984, pedia-se a “colaboração na busca de informações sobre o paciente que se encontra internado”¹⁰⁸, especificamente, se é “conhecido ou ligado a laços familiares nesta comarca”¹⁰⁹ (Ofício nº 122/1984). Já no ano seguinte, a família foi convocada a assumir a responsabilidade por Adão, oferecendo meios para que ele pudesse ser reintegrado ao sistema familiar. Conforme o registro,

Como aqui é um hospital, quando o paciente recebe alta tem que ir embora, para dar lugar a outro paciente. Hospital não é abrigo, o doente vem para se tratar e não para morar. Todas as informações que temos sobre Adão foram dados por ele mesmo [...] Esclarecemos ainda que o responsável pelo paciente é a família e não o hospital. Pedimos a colaboração de aceitá-lo dando condições de vida junto a seus familiares, e se isto não for possível aí nesta cidade que seja junto a outras pessoas da família, em outro lugar. Não abandone quem um dia já os

¹⁰⁷ Prontuário nº 1.346.

¹⁰⁸ Prontuário nº 1.346.

¹⁰⁹ Prontuário nº 1.346.

ajudou. Pensem bem neste ser humano que no momento sente-se rejeitado e abandonado (Ofício nº 122/1985).¹¹⁰

A história de Adão também possibilita analisar o movimento entre poderes, na qual os discursos mudaram de acordo com o alvo a ser buscado. A sua internação ocorreu mediante as alianças entre o poder público e o psiquiátrico, o que reforça a discussão também apresentada no segundo capítulo, isto é, da participação do aparelho policial nas internações. No entanto, no intuito de se conseguir a sua desospitalização, no segundo momento, foi o hospital quem acionou o poder público, para que assim fosse possível ter acesso a informações de seus familiares.

A família devia se responsabilizar pelo retorno de Adão ao convívio familiar e social, como também em dar continuidade ao seu tratamento ambulatorial. Dessa forma, para o alcance do objetivo, os discursos visavam sensibilizar a família para que não abandonassem o ser humano que se encontrava no hospital, e que pudesse encaminhá-lo a vida, etc.. Sob esse aspecto, evidenciamos o uso de termos que visavam o convencimento da família.

Sr. José¹¹¹, como é de seu conhecimento, Adão, seu irmão encontra-se internado neste hospital e está de alta psiquiátrica. Não desconhecemos a penúria da família frente a um parente doente mental, porém deve-se conscientizar que a responsabilidade é de vocês e não do hospital em retomar e encaminhar seu irmão a vida normal, dando-lhe amor, apoio, forçando-o a usar o medicamento e principalmente ajudando-o para que se sinta uma pessoa capaz de produzir e ajudar o próximo. O ambiente hospitalar é triste e cada vez mais, leva a pessoa a se isolar do mundo exterior, portanto com sua omissão o senhor cada vez mais está contribuindo para que seu irmão torne-se um alienado diante da vida, condenando-o a viver dentro dos muros de um hospital. Portanto solicitamos com urgência sua presença no hospital.¹¹²

A família de Adão não aceitou o seu retorno ao lar, e por essa razão, quando o hospital foi desativado, ele foi transferido para unidade de assistência. Transferência que também ocorreu com a paciente Maria. Falemos dela.

No ano de 1998, foi publicado no jornal goiano *O Popular*, sob o título “*Rejeição agrava males da doença mental*”, a história de Maria, uma paciente que permaneceu vinte dois anos internada no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. A história de Maria se entrecruza com as de outros pacientes que diante a desativação do hospital psiquiátrico em 1995, novamente sofreram com abandono, descaso e rejeição por parte da sociedade e de seus familiares. Segundo a matéria publicada, eles constituíram um grupo de pacientes

¹¹⁰ Prontuário nº 1.346.

¹¹¹ Nome fictício.

¹¹² Prontuário nº 1.346.

psiquiátricos crônicos que continuaram internados em unidades mantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por não terem aonde ir.

Conforme se apresenta na matéria jornalística, quando o hospital psiquiátrico foi desativado em 1995, sem obter informações a respeito de sua família, Maria foi transferida para uma clínica psiquiátrica. 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.

Ao serem informados que Maria tinha condições de retornar ao convívio familiar, eles recusaram recebê-la, inclusive chegaram a utilizar “influência de políticos e a oferecer dinheiro para que ela continuasse internada” (O popular, 1998). Rejeição que também se fez presente nas idas à instituição psiquiátrica para resolver o destino de Maria, já que em nenhum momento seus familiares quiseram vê-la.

Para lidar com essa resistência e fazer que a família assumisse a responsabilidade pela paciente, a direção da instituição acionou o Ministério Público, porém, a longa espera da justiça não permitiu que a Maria retornasse à sua família. No leito psiquiátrico, ela morreu de infarto em novembro de 1998.

Assim como a história Adão, a de Maria também possibilita discutir sobre a relação entre família e psiquiatria a partir do movimento da reforma psiquiátrica em Goiás. Em ambas podemos verificar as rupturas, jogo de forças, alianças entre saber e poder no processo de desospitalização psiquiátrica. Desse modo, tendo em vista tais acontecimentos, vemos a emergência desses discursos e práticas que foram produzidos pela psiquiatria com o objetivo de fazer com que a família assumisse a responsabilidade pelo seu membro institucionalizado.

O fechamento do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho foi considerado um avanço na área da saúde mental, principalmente, pelas denúncias de violação dos direitos humanos. Sobre as denúncias, ainda no ano de 1994 foi produzido o seguinte documento:

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 descabro, e nenhuma providência tenha sido tomada, denunciemos este lugar como sendo o lugar de irracionalidade, da estupidez e da violência.

Contestamos veementemente, este tipo de tratamento, absolutamente incompatível com os mais comezinhos 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 e 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 realizada em 10/12/1994).

Dessa forma, era urgente a criação de novos dispositivos de atenção psicossocial e a desativação do hospital psiquiátrico.

Cumpramos assinalar que em muitos casos, verificou-se certa dificuldade de adaptação frente à nova realidade, tanto por parte de alguns pacientes como de seus familiares. Destacamos exemplos, como o de um paciente que, internado no hospital psiquiátrico desde os 17 anos de idade, ao ser transferido para um asilo, dizia: “fiquei triste de sair de lá. Nunca mais vi meus pais e meus irmãos e agora não vou mais ver o pessoal do Aduino” (o popular, 1995).

Outra situação relatada dizia respeito a família de uma paciente, que reclamava diante o fechamento do hospital e o retorno da paciente ao lar. Conforme registro, a mãe que também já havia tentado, sem êxito, internar a filha em outros lugares, questionava: “E agora, o que vou fazer com ela? Para onde levar?”. (O popular, 1995).

Sob a influência da reforma psiquiátrica, podemos afirmar que a família passou a ser considerada como um elemento indispensável à efetivação do modelo de assistência psicossocial em Goiás. Dessa forma, se antes ela se viu desobrigada do tratamento de seu familiar, com as transformações operadas pela reforma, passou a ocupar um novo lugar nos discursos e nas práticas da psiquiatria em Goiás.

Considerações Finais

Inquieta, curiosa e teimosa, ela, a menina do arquivo insistia em escavar, em meio a papéis empoeirados e puídos pelo tempo, rostos esquecidos pela história e o que eles tinham a dizer sobre suas famílias.

Alguns diziam: esse assunto é problemático, minha filha! Mas ela persistia. Afinal de contas, a menina do arquivo se interessava pelo mistério, pela história de “segredos”!.

Talvez fosse apenas o interesse de uma pesquisadora iniciante, porém, era mais que isso!

A menina do arquivo tinha brilhos nos olhos e no coração um forte desejo em escrever uma história.

E foi assim, que ela, pesquisadora e também psicóloga, se permitiu ouvir gritos que ecoavam em meio a tantas caixas de papelão. E os gritos eram de insanos, desviantes, loucos, anormais que foram capturados e silenciados por um poder grosseiro.

A menina do arquivo reconhecia que havia muito mais a se pesquisar e a escrever... Mas ela sabia que viriam outros.

E numa conclusão necessária de um trabalho sem-fim, ela em seu íntimo se alegrava pelo que tinha feito (Diário de Campo).

A construção deste estudo partiu de inquietações em problematizar sobre a relação entre a psiquiatria e a família do psiquiatrizado em Goiás. Ao considerarmos que se tratava de uma história constituída a partir de discursos e práticas, interessamo-nos e quisemos problematizá-los. O que os discursos e práticas tinham a dizer a respeito dessa relação?

Dessa forma, fomos à busca de documentos que dialogavam com o nosso objetivo. No entanto, ficou evidenciado que a institucionalização da psiquiatria em Goiás ocorreu mediante a construção do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. Desse modo, para o alcance do nosso objetivo, era necessário encontrar documentos que diziam sobre as produções do hospital psiquiátrico. E assim, sendo pesquisadores-detetives, fomos atrás das rupturas, dos silêncios e dos apagamentos.

Escolhemos papéis, documentos - escolhemos os arquivos. E dos arquivos, ouvimos vozes. Assim, também nos tornamos pesquisadores-ouvintes de vozes. No arquivo também desmontamos os documentos e eles nos disseram sobre duas rupturas que foram produzidas na relação da psiquiatria com a família do psiquiatrizado. As rupturas falavam de acontecimentos históricos carregados de relações de poder e saber, de alianças, táticas e estratégias. No tateio minucioso e paciente, aos poucos, as rupturas se tornaram evidentes,

trazendo detalhes sobre os discursos e práticas que se produziram no interior do hospital psiquiátrico.

Na primeira ruptura, discutimos sobre a tutelarização do familiar exercido pela psiquiatria, e a família exercendo algumas funções. Conforme analisado, quando havia a participação da família, era apenas nos encaminhamentos e na prestação de informações que justificavam as práticas de internação e medicalização. Outra configuração que se tornou emergente se referiu aos indivíduos que, por não possuírem família ou por fugirem ao controle desta, eram encaminhados ao hospital psiquiátrico pela polícia, juizados de menores, autoridades municipais, etc., que julgavam os casos passíveis de intervenção psiquiátrica.

O período dessas produções se relaciona com a discussão apresentada por Paula (2011), a respeito da segunda transformação no funcionamento do hospital psiquiátrico em Goiás, cuja preocupação centrava-se no comportamento social dos indivíduos. Conforme evidenciado, no que tange a família, as produções do saber/poder psiquiátrico se concentraram nas estratégias de controle desse familiar que rompia as normas instituídas.

Porém, mesmo que o objetivo deste capítulo foi o de mapear os discursos e práticas direcionadas à família no campo da hospitalização, ressaltamos que a psiquiatrização do crime, a psiquiatrização de menores e a psiquiatrização de mulheres - conforme os casos - são temáticas que devem ser aprofundadas, pois elas dizem do exercício da psiquiatria em diferentes níveis.

A segunda ruptura contemplou os discursos e práticas da psiquiatria que foram dirigidas à família na desospitalização psiquiátrica. O contexto que já assinalava as influências da reforma psiquiátrica, e principalmente a importância dada à criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e a família como participante do tratamento. Nesse sentido, se antes a psiquiatria tutelava o familiar, com as transformações propostas pelo movimento, coube a família retornar ao hospital, participar do tratamento e assumir a responsabilidade pelo familiar psiquiatrizado.

No interior do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, algumas iniciativas foram discutidas e colocadas em prática. O intuito era o de devolver a tutela do paciente, colocando-o sob o encargo da família. Porém, tal ruptura apresentou suas resistências, principalmente, quando a família não era localizada, o paciente psiquiátrico tinha sido encaminhado por outras vias, ou quando a família não aceitava o regresso do paciente ao lar. Fragmentos de algumas histórias apontaram tais acontecimentos.

As transformações no cenário da assistência psiquiátrica no Estado culminaram com o fechamento do hospital que há muito tempo vinha sendo alvo de denúncias quanto a violação dos direitos humanos de seus internos. E os pacientes que não conseguiram retornar às suas famílias foram encaminhados a outras instituições de assistência. No entanto, pelas práticas de hospitalização (primeira ruptura), muitos pacientes continuaram a exibir suas marcas de abandono.

Por fim, uma conclusão que se fez necessária, mesmo sabendo que se trata de uma história sem fim. Uma história viva que insiste em ser ouvida e contada, talvez a chance de não ser esquecida. Daqui, concluímos a escrita deste trabalho, inquietos e provocados por inúmeras questões que não foram exploradas e que continuam pulsantes.

Uma adolescente que continuou internada em um hospital psiquiátrico mesmo sem o diagnóstico de doença mental. Uma criança nascida de uma louca. Ela que também poderia se tornar louca, mas que entregue a outra família. Que desfecho teve a história de Antônia e de sua filha? Que loucura foi essa que sentenciou as suas vidas, e para sempre?

De outros pacientes psiquiátricos, também ficamos com algumas perguntas:

Divina recebeu a visita tão esperada e conseguiu voltar para casa? E o que aconteceu com Zélia, a paciente que carregava consigo um rádio? Seria ele um meio de individualizá-la em meio a tantos iguais? Francisco conseguiu comprar a sua casa e realizar o sonho de ir à cozinha e tomar o café na hora desejada? No hospital psiquiátrico ele não conseguia realizar esse sonho. E Júlia, menina custosa, continuou dando trabalho?

Ainda é possível ouvir o silêncio de Joana que foi internada após o pedido do marido. Ela, a louca; seu marido, o Sorôco! O seu silêncio dizia do canto das desalinhadas – pobres mulheres que perderam o interesse pelos afazeres domésticos. O que houve depois de sua internação? Quem cuidou da casa, dos filhos e do marido?

E a Maria trazida da Bahia para trabalhar na casa de uma família? Na busca do Eldorado o seu destino foi traçado: Maria acidentada e levada ao Adauto. Que loucura era a sua? O que houve com a sua família? Os filhos foram avisados ou eles ainda esperam o retorno da mãe que tinha apenas o sonho de mudar de vida?

Já Maria, soubemos o que aconteceu. Faleceu em uma instituição psiquiátrica, vítima do maior abandono que um ser humano pode ter. Seu corpo frio continuou a carregar suas marcas, mas, qual era o seu crime?

Tais perguntas instigam a continuar escavando os escombros para encontrar as existências-relâmpagos que intencionalmente foram enterradas. Ao apresentá-las, esperamos provocar.

Numa conclusão que se fez necessária, deixamos as portas abertas para que outros entrem e abram as caixas, pois elas continuam lá.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque Jr., D., M. (2008). *Michel Foucault e a Mona Lisa ou Como escrever a história com um sorriso nos lábios*. In: Rago, M. e Veiga-Neto, A. (Orgs.) Figuras de Foucault. Belo Horizonte: Editora Autêntica. pp. 97-107.
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1994). *Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, I (1): 61-77, jul.-oct.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida – A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. 1º Ed. São Paulo: Geração Editorial.
- Barreto, L. (2017). *Diário do hospício; o cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). *Lei n. 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. Brasília. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 21/03/2017.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_caracas.pdf. Acesso em: 21/03/2017.
- Bezerra Júnior, B. (2007). *Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Physis: Rev. Saúde Coletiva, 17(2), 243-250. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 19/08/2017.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Birman, J., Costa, J. F. (1994). *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

- Caponi, S. (2009). *Biopolítica e medicalização dos anormais*. Rio de Janeiro, Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 529-549.
- Caponi (2012). *Degeneração e eugenia na história da psiquiatria moderna*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carrion, C. T. (2011). *Desalinhados: uma história do Hospital Adauto Botelho e das memórias que ali habitam*. 2011. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Castel, R. (1978). *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Castro, E. (2014). *Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Costa, J. F. (1976). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Costa, J. F. (1999). *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Cunha, M. C. P. (1990). *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense.
- Donzelot, J. (1986). *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal.
- Farge, A. (2009). *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp.
- Fonseca, T. M. G.; Jaeger, R. L. (2012). *A psiquiatrização da vida: Arranjos da loucura, hoje*. Polis e Psique, Vol. 2, número temático, p. 188.
- Foucault, M. (1977). *A Vida dos Homens Infames*. In: Motta, M., B. (org.) *Estratégia, poder-saber/Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1987) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes.
- Foucault, M. (1997). *Arqueologia do saber*. São Paulo: Forense universitária.
- Foucault, M. (2002) *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Foucault, M. (2005) *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

- Foucault, M. (2006a). *O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006b). *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2009). *A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2010). *Os anormais*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2012). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2º Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Galton, F. (1906). *Restriction in marriage*. Sociological Papers, 2, p. 3-17.
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Goiânia. (1998). *Lei n. 7.775, de 8 de abril de 1998*. Dispõe sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no Município de Goiânia em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Goiânia, n. 2.075. p. 1.
- Guilardi, C., Ferreira, R., & Zanini, D. S. (2005). *Reforma Psiquiátrica em Goiânia: Fragmentos de uma história* (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização, Universidade Católica de Goiás, Goiânia). Texto não publicado.
- Le Goff, J. (2003). *Foucault e a "nova história"*. Tradução de Dirceu Franco Ferreira e Maurício Aparecido Pelegrini. São Paulo: USP, 197-209.
- Lei de 30 de junho 1838 sobre os alienados. In: *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. (Castel, R.), pp.305 – 316. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Lemos, F. C. S., Galindo, D., Oliveira, P. T. R. (2016). *História, subjetividade e arquivos em Michel Foucault, Paul Veyne e Gilles Deleuze*. Psicologia em estudo, Maringá, v. 21, nº 1, p. 5-15.
- Lobo L. F. (1997). *Lília. Movimento eugênico: tribunal de todos os desvios*. Em: Jacó-Vilela, A., Cerezzo, A. E Rodrigues, H. (org.). *Clio-Psyché Ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

- Lobo L. F.(2015). *Pesquisar: A genealogia de Michel Foucault*. In. *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Fonseca, T. M. G., Nascimento. M. L., Maraschin, G. Porto Alegre: Sulina.
- Lourau, R. (1993). *René Lourau na UERJ: Análise Institucional e prática de pesquisa*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Machado, R. (1978). *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Maciel, S. C., Barros, D. R. Silva, A. O., Camino, C. (2009) *Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais*. Brasília. *Psicol. cienc. prof.* vol.29 no.3.
- Melman, J. (1998). *Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental*. São Paulo, USP.
- Paula, E. M. (2011). *Os Sons do Silêncio: O louco e a loucura em Goiás*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Goiás, Goiás.
- Paula, E. M. (2016). *Da invisibilidade à categorização: o louco infrator em Goiás (1930-2010)*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Goiás, Goiás.
- Pegoraro, R. F. (2009). *Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões*. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. v. 77, nº 02.
- Piccinini, W. J. (2009). *Adauto Botelho: notas biográficas*. In: *Psychiatry Brasil* nº 02 Vol. 14. Recuperado de <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php>.
- Rago, M. e Veiga-Neto (2008). *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Rosa, L.C. dos S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Serpa, O. D. (2006). *Dégénérescence*. In: Andrieu, B. (org.). *Dictionaire de corps das lês scienceshumainesetsociales*. Paris: CNRS.
- Silva, G. A. (2010). *Atuação dos profissionais nos serviços em saúde mental de Goiânia-Go* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia).
- Souza, R. B. (2010). *Pobres, doentes e desvalidos: O asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás (1909-1935)*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás.

Tavares, R. C. (2007). *A Reforma Psiquiátrica e relações de poder: Significados aprendidos entre os trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Goiânia* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia).

Tsu, T. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo, Edusp/Vetor.

Veyne, P. (1998). “*Foucault revoluciona a história*”. In: Como se escreve a história. 4. ed. Brasília/DF: UNB.

Artigos de Jornais

Arquivo Público de Goiás, Goiânia. Jornal Folha de Goyaz, Abril de 1954.

Arquivo Público de Goiás, Goiânia. Jornal Folha de Goyaz, Fevereiro de 1961.

Jornal do Conselho Regional de Psicologia – 9ª Região – GO/TO, Ano VI N° 21, Maio/Junho, 1999.

Boletim do Movimento Nacional Luta Antimanicomial, nº 1, ano I, 1994.

Faculdade de Medicina (UFG) (1970). Revista Goiana de Medicina Janeiro/Junho de 1970.

Jornal O popular. 29 de outubro de 1995. *Adauto Botelho fecha terça-feira*, Goiânia.

Jornal O popular. 13 de novembro de 1995. *O Fechamento do Adauto Botelho e o aumento da criminalidade*, Goiânia.

Jornal O popular. 28/12/1997, "Saúde mental será municipalizada amanhã", Goiânia.

Jornal O popular. 04 de fevereiro de 2001, *Rejeição devolve interno do Adauto às clínicas*, Goiânia.

Projeto da assistência social, intitulado “Integração Família – Paciente – Comunidade”. Janeiro/1986.

Relatório de Usuários – Visita ao Hospício Professor Adauto Botelho realizada em 10/12/1994).

Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Goiás nº 22, 2010. Goiânia: Kelps.

Epílogo

Os rostos do Aduito e da loucura em Goiás.

Na busca pelos documentos sobre o hospital, tivemos contato com o fotógrafo Kim-Ir-Sem, que também foi responsável pela produção do documentário *Passageiro da segunda Classe*. Sabendo da relevância de preservar partes dessa história, ele nos cedeu algumas das fotografias que foram tiradas no ano de 1985.

Ao apresentá-las, esperamos que elas também despertem o interesse de outros pesquisadores em problematizar essa história. Desse modo, que elas sirvam para energizar nossas indagações; para refletir sobre os nossos discursos, práticas e os efeitos resultantes.



Figura 1: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 2: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 3: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 4: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 5: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 6: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 7: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 8: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 9: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 10: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 11: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 12: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 13: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 14: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 15: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 16: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 17: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 18: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 19: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 20: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 21: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 22: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 23: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 24: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 25: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 26: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 27: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 28: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 29: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 30: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 31: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 32: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 33: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 34: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 35: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 36: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 37: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 38: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 39: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 40: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 41: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 42: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 43: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 44: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 45: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 46: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 47: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.

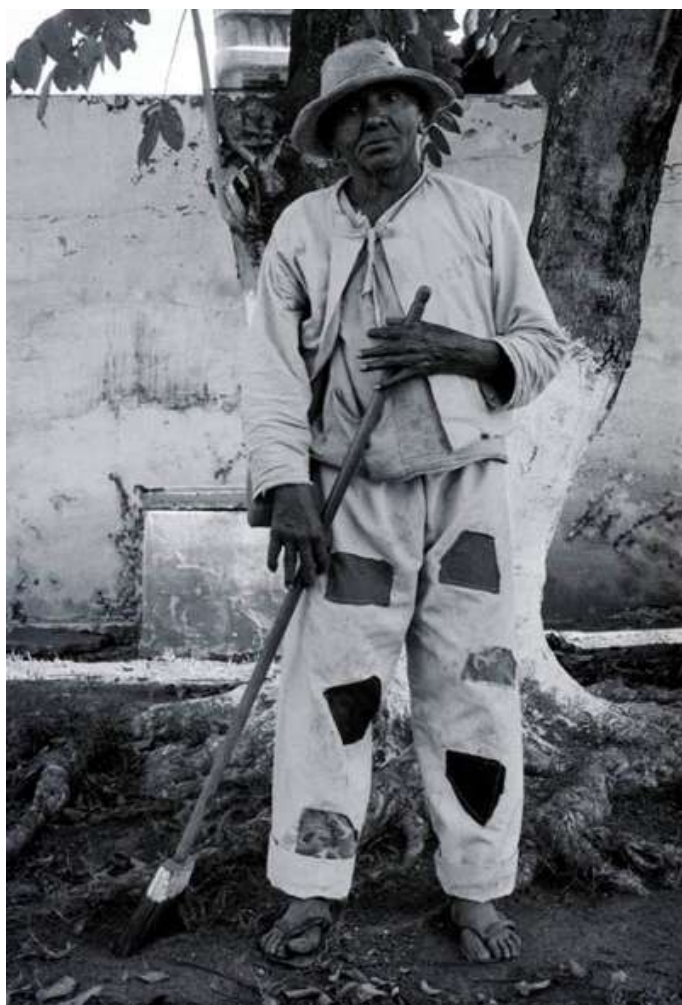


Figura 48: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 49: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 50: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 51: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.

Figura 52: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 53: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 54: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 55: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 56: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 57: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 58: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 59: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 60: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.

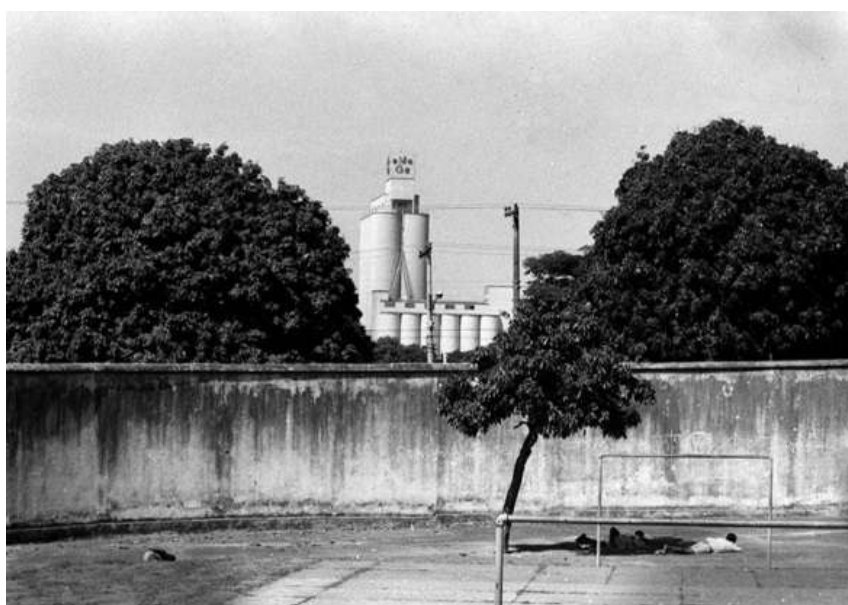


Figura 61: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 62: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 63: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 64: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 65: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 66: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 67: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 68: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 69: Sem nome. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 70: Pacientes ajudam na alimentação. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 71: Lavanderia, reparos feitos por pacientes. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 72: Cachimbo. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 73: Cigarro Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 74: Fátima Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 75: Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 76: Eletrochoque, preparação. Kim-Ir-Sem. 1985.

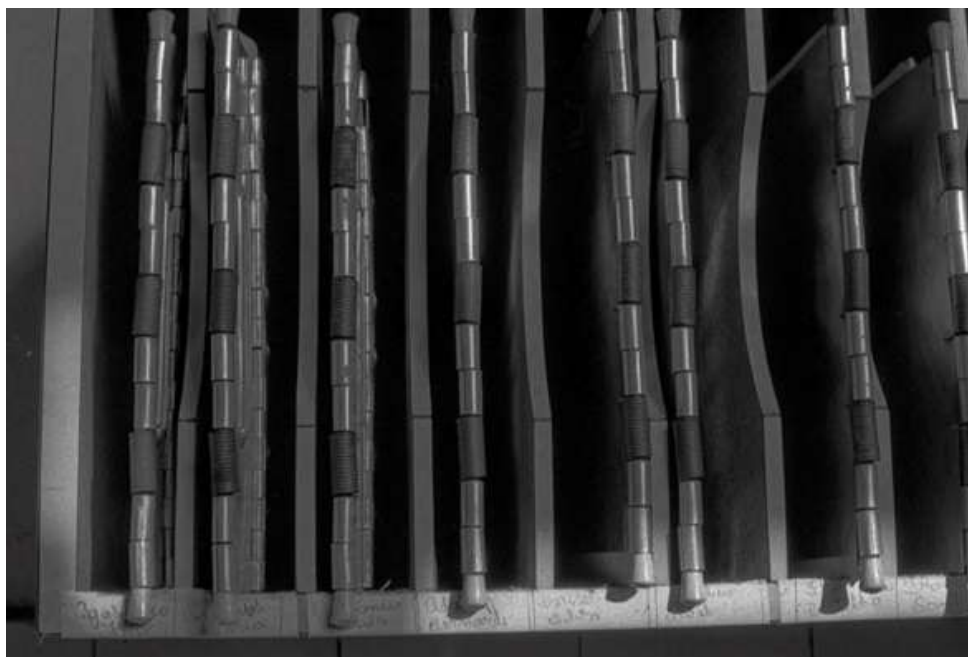


Figura 77: Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 78: Entrada principal. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 79: Paciente chaveiro, faz tudo. Kim-Ir-Sem. 1985.



Figura 80: Lavanderia, paciente. Kim-Ir-Sem. 1985.