

MARCOS COSTA MELO

**SER OU NÃO SER, “LOUCO” É A QUESTÃO: RELAÇÕES CRIME-
LOUCURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de História, para a obtenção do grau de mestre em História.

Orientador: Prof^o Dr^o Valmir Francisco Muraro

Florianópolis

Março, 2004

Dedico esta dissertação à **Fabiana**,
minha esposa, com quem tenho a oportunidade
de compartilhar os melhores momentos da vida.

AGRADECIMENTOS

Durante a realização desta dissertação, conheci diversas pessoas, pesquisando em vários lugares, além das disciplinas cursadas na UFSC. Agradeço o contato com os **companheiros** do mestrado, colegas envolvidos em tarefas semelhantes, cuja convivência foi importante, não somente para o aprimoramento desta pesquisa, como também para tornar o cotidiano mais agradável e menos tenso. Neste período, velhas amizades tornaram-se ainda mais fortes e novas foram consolidadas. Gostaria de destacar alguns deles, como Manoel P. R. T. dos Santos, Jó Klanovicz, Adriano Larentes da Silva e Mauricio da Silva Selau. Ainda as meninas que eram da minha turma de graduação, Andréia, Lenita, Josilene e Janine. Mesmo àqueles com os quais não tive muito contato, deixo aqui minha lembrança. Os **professores** são outra fonte importante de agradecimento neste curso de pós-graduação. Ao longo de toda a caminhada acadêmica, seus exemplos sempre foram importantes, ainda mais para um bom observador. Para o bem ou para o mal, lições importantes sempre foram tiradas de um convívio às vezes prazeroso, às vezes tortuoso. Deixo registrado meus agradecimentos a todos os professores dos quadros da UFSC, tanto da graduação quanto da pós, que marcaram minha trajetória, mas especialmente registro os nomes de **Ernesto Aníbal Ruiz**, com o qual tive (e tenho) sempre encontros agradabilíssimos, discutindo apaixonadamente informática e, principalmente, cinema; **Cristina Scheibe Wolff**, com quem convivi pouco, mas que foi de uma extrema generosidade quando do encerramento da graduação e ingresso na pós, em meio a turbulências causadas por uma longa greve; **João Klug**, que além de ótimo professor, é também um grande bate-papo;

Henrique Espada, de quem nunca tive aulas e mesmo o contato pessoal foi raríssimo, mas seus conselhos em relação a esta pesquisa foram importantes num momento pessoal muito difícil; **Renata Palandri Sigolo**, orientadora na graduação; **Paulo Pinheiro Machado**, cujos conselhos na qualificação foram muito importantes para tornar o trabalho mais completo e, finalmente, **Valmir Francisco Muraro**, orientador da pós, que estabeleceu comigo uma relação pautada, principalmente, na confiança, delegando-me liberdade, porém com responsabilidade, cobrando quando necessário, aconselhando e transmitindo conhecimentos a cada encontro. Sua participação foi decisiva para a conclusão desta pesquisa, especialmente por reconduzir o “trem” de volta aos trilhos quando ele dava sinais de desgoverno.

Agradeço a todos os **funcionários dos arquivos** onde pesquisei: Arquivo Público, Biblioteca Estadual, Assembléia Legislativa, Manicômio Judiciário. Ficam dois registros especiais: o primeiro aos funcionários da Assembléia – Washington, Regina, Raquel e os demais – sem dúvida, o local mais agradável para se pesquisar em Florianópolis, com as melhores instalações e onde o bom humor e a simpatia imperam. Conviver diariamente com eles foi um prazer. Meu outro registro é destinado à direção e funcionários do Manicômio Judiciário de Santa Catarina. A diretora Eleonora Dezidério da Luz e os funcionários, especialmente Leandro e Beto, foram extremamente gentis e atenciosos comigo, permitindo o acesso aos arquivos da instituição e sanando todas as dúvidas que, por ventura, surgiram. O material lá pesquisado, os prontuários, talvez seja a principal matéria-prima desta dissertação e a organização em que estão indexados facilitou sensivelmente o trabalho. Infelizmente, o período em que fiquei pesquisando no Manicômio Judiciário coincidiu com um momento muito difícil da vida

pessoal e não pude retribuir para com eles a mesma atenção que tiveram comigo. Fica aqui então registrado meus sinceros agradecimentos.

Quero deixar registrado também meus agradecimentos às pessoas que encontrei em São Joaquim, onde estive buscando subsídios que encorpassem o terceiro capítulo. Fiquei impressionado com a educação e a cordialidade das pessoas da cidade. Especialmente no fórum, através dos funcionários Eliana e Ênio, além da senhora responsável pelo xerox, que gentilmente fotocopiou centenas de páginas com extrema paciência. Infelizmente, esqueci de registrar seu nome na hora, mas o faço aqui simbolicamente. Por fim, agradeço ao juiz Ronaldo Denardi, que autorizou a cópia integral do processo sem qualquer ônus a este pesquisador.

Esta pesquisa me deu a oportunidade de conhecer pessoas de outras áreas, como a medicina – no caso, a psiquiatria – e o direito. Elas foram muito importantes para me ajudar a compreender um pouco melhor este universo em quem transita a loucura e, mais de perto, o crime. Foi ótimo escutar estas pessoas, ouvindo pontos de vista tão diferentes para as mesmas questões, porém todos pontuados com sapiência e temperança.

Funcionários da Universidade Federal de Santa Catarina, do departamento de Pós-Graduação em História – Nazaré, principalmente – amigos de outras áreas, amigos de fora da universidade, familiares, todos, enfim, que de alguma maneira, contribuíram para alcançar esse ponto, sintam-se lembrados.

Agradeço aos meus pais – **Natalino e Conceição** – que estiveram sempre ao meu lado, apoiando-me em minhas decisões e contribuindo para meu crescimento profissional e humano. Suas palavras e, principalmente, conselhos, sempre foram bem vindos, mesmo que às vezes não parecesse. Neste mesmo grupo familiar, também

estendo os agradecimentos a meu irmão e minha cunhada – **Jean e Jane** – que foram os responsáveis por uma das minhas maiores alegrias nos últimos anos: o nascimento de minha sobrinha – **Nathália**. Quando escrevi meu trabalho de conclusão de curso, dediquei a ela, sem no entanto saber ainda quem viria, se um menino ou menina. Hoje ela já está com quase dois anos e é uma bela criança. É impressionante o poder cativante exercido por uma criança que nos é tão próxima. Nathalinha tem o mais belo sorriso que o tio-coruja já viu e é capaz de destruir qualquer resistência mal-humorada que este ranzinza erga. Para encerrar os agradecimentos em família, registro meu mais sincero cumprimento àquela que carinhosamente chamo de **tia Bia**, a irmã de minha mãe que, generosamente, incorporou funções de maternas nestes últimos seis anos em Florianópolis, fosse com um convite para um almoço ou simplesmente como uma companhia agradável de bate-papo.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a **Deus**. Por anos vivi grandes conflitos internos, em busca de respostas que não existem, indagando com a razão questões metafísicas que a razão não pode explicar. Hoje, estes conflitos estão resolvidos. Construí minha própria fé, que me dá segurança, conforto e esperança. Isso é o que encontrei de mais próximo a Deus.

Obrigado.

SUMÁRIO

RESUMO	IX
ABSTRACT	X
INTRODUÇÃO	01
1. CRIME E LOUCURA: UMA ANÁLISE SOBRE AS MUDANÇAS NA PSIQUIATRIA CATARINENSE NO CONTEXTO DA CRIAÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO	11
1.1. Qual é o lugar do “louco-criminoso”?	11
1.2. Colônia Santana x Manicômio Judiciário	24
1.3. Colônia Santana: chegou a hora de mudar	27
1.4. A “nova filosofia”	35
1.5. “Será que isso foi bom?”	40
2. DE MANICÔMIO JUDICIÁRIO À HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: SUAS HISTÓRIAS E SEUS INTERNOS	50
2.1. O Manicômio	51
2.2. Prisão ou hospital?	59
2.3. Cinema e loucura	69
2.4. O Exame psiquiátrico	74
2.5. Drogas e o MJ	85
2.6. “O liberto”: existe espaço para se voltar à sociedade?	89
3. A FÉ QUE MATA: O CRIME DO “JESUS CRISTO”	95
3.1. O Crime	97
3.2. Os anos no Manicômio	113
CONCLUSÃO	122
FONTES	132
BIBLIOGRAFIA	134

RESUMO

A presente dissertação analisa a criação do Manicômio Judiciário de Santa Catarina a partir de suas relações com o Estado, assim como o posterior funcionamento da instituição e a história de alguns de seus internos, analisando aspectos como a separação da Colônia Santana e o Manicômio Judiciário, as mudanças na psiquiatria catarinense, a questão das drogas e as internações e o manicômio como prisão, entre outros.

Palavras-chave: Crime, Loucura, Manicômio Judiciário, Estado.

ABSTRACT

The present dissertation analyzes the creation of the Judiciary Lunatic Asylum of Santa Catarina from its relations with the State, as well as the posterior functioning of the institution and the history of some of its interns, analyzing aspects as the separation of the Colônia Santana and the Judiciary Lunatic Asylum, the changes in catarinense psychiatry, the question of the drugs and the internments and the lunatic asylum as arrest, among others.

Word-key: crime, madness, Judiciary Lunatic Asylum, State.

INTRODUÇÃO

Durante cerca de dois anos, entre início de 2000 e o final de 2001, vivi uma rotina semanal pouco comum à maioria das pessoas. Passava as tardes – geralmente as quartas-feiras – na Colônia Santana, o primeiro hospício público de Santa Catarina, localizado na grande Florianópolis, no município de São José, bem próximo ao município de São Pedro de Alcântara, que, no século XIX, foi a primeira colônia alemã no estado.

Participava da pesquisa *“De médico e de louco...”: alguns olhares sobre a Colônia Santana*, na condição de bolsista de Iniciação Científica do CNPq, juntamente com outros colegas e sob a coordenação de dois professores dos quadros da UFSC, do departamento de História, Renata Palandri Sigolo e Valmir Francisco Muraro. Era uma pesquisa grandiosa, realizada a pedido do próprio instituto, contemplando diversas áreas, tais como a política em torno da construção do hospital, os funcionários, pacientes, comunidade, a terapêutica, o envolvimento dos religiosos e a máquina administrativa. Nos corredores da Colônia Santana, na grande área que a cerca, nas pessoas que lá trabalham e vivem, sem dúvida, há “muita história para contar”.

A maior parte deste período dedicado à pesquisa na Colônia Santana, nestas visitas semanais, era utilizado para a transcrição de prontuários médicos. Ao todo, o hospital dispõe em seus arquivos de algo em torno de setenta mil. Desde o primeiro, na década de 40, até os dias de hoje. Estão todos armazenados em duas salas, bastante distantes uma da outra. Em uma – a que mais trabalhamos – estão os prontuários mais antigos. Na sala junto ao departamento pessoal, ficam os mais recentes. O material disponível é, sem dúvida, imenso.

Não nos dedicamos a fichar todos, é claro, o trabalho, desta forma, não terminaria nunca. Fizemos uma seleção e recolhíamos os dados pertinentes. Muitas coisas nos chamavam a atenção durante este processo. A primeira delas foi a visível queda nas informações contidas nestes documentos ao longo dos anos. Os primeiros prontuários, da década de 40 e ainda os da de 50, eram, em geral, volumes grossos, recheados de notas sobre o dia a dia dos pacientes, a terapêutica utilizada e os exames realizados. Aos poucos, porém, isso foi mudando e pudemos observar um decréscimo impressionante. Os prontuários passaram a ser burocráticos, repetitivos e o intervalo dos exames ou das observações feitas nos pacientes, cada vez maior.

Isso se deveu ao significativo aumento no número de pessoas internadas. Quando foi construído, havia a expectativa que este hospital solucionaria os problemas da saúde mental em Santa Catarina, tanto por oferecer tratamento de qualidade, assim como pelo seu grande número de leitos à disposição da sociedade. No entanto, essa expectativa mostrou-se tão frágil quanto um castelo de areia que desaba sob o impacto de uma onda mais forte. A Colônia Santana logo ficou superlotada, uma característica que perdurou durante longos anos.

Nesta pesquisa, que ainda não está concluída, fui o responsável pelo aspecto político. A mim, coube entender como o Estado decidiu-se pela construção do hospital, explorando as discussões que levaram a tal fim. Dentre outros trabalhos, esta participação resultou na minha monografia de conclusão de curso em História, da UFSC, com o título *O Estado e a “loucura”: da trajetória à concretização da Colônia Santana (1905-1951)*.

Procurei centrar-me nos discursos políticos, para entender como os governantes optaram pela construção da Colônia Santana e o que esperavam dela. Os registros

clamando por um hospício público em Santa Catarina já podem ser encontrados no final do século XIX. E é bem provável que existam registros ainda mais antigos. Como característica comum a todo este processo, pude observar uma certa idéia de frustração presente na história da doença mental no estado. Antes de ser internados na Colônia Santana, os doentes eram levados, principalmente, a dois hospitais, localizados em Brusque e em Joinville, que foram desativados quando da inauguração da Colônia. Nestes locais também houve grandes expectativas sobre “solucionar definitivamente os problemas”, que nunca se confirmaram na prática.

Em virtude disso, no TCC, trabalhei com um conceito de “sonho e realidade”, optando, por isso, em limitar à pesquisa ao ano de 1951, ou seja, dez após a inauguração da Colônia Santana. O discurso político segue a linha de isolar o doente para o bem estar da sociedade, de valorização ao trabalho como uma forma eficiente de terapia, assim como uma forma de baratear o custo com a manutenção do hospital. A construção da Colônia Santana, objetivada há décadas, vai se consolidar no governo do interventor Nereu Ramos, durante a Era Vargas. Os documentos encontrados mostram a euforia em torno da obra, considerada um marco para Santa Catarina. Havia a ilusão que, estando ela pronta, o estado não viveria mais problemas em relação à questão do doente mental. Sem dúvida, ficou provado que era uma ilusão. Somente nestes dez primeiros anos apresentados no trabalho, fica claro que a Colônia foi rapidamente inchada, a estrutura existente não comportou a demanda e o local caracterizou-se como um constante canteiro de obras.

Muitas questões surgiram após a construção da Colônia Santana. Questões estas que talvez pudessem ter sido previstas, mas que, na prática, tornaram-se muito complicadas de se resolver. Uma delas era a questão que envolvia os “loucos-

criminosos”, ou seja, as pessoas que, além de doentes mentais, tinham também cometido um crime. Mesmo não sendo esse o principal foco do meu olhar na época que estava participando da pesquisa, pude observar nos relatos políticos uma constante preocupação com estes personagens. Seu destino era, invariavelmente, a cadeia. A convivência com outros presos era considerada nociva, assim como a convivência com outros doentes também era desaconselhada.

Na própria Colônia Santana, pesquisando os prontuários, colaborando com outros eixos da pesquisa, pude observar também como essa convivência era considerada desastrosa. Nos relatórios, ofícios, enfim, em toda a documentação produzida pela instituição, o fato se faz presente. A Colônia Santana fora criada para dar assistência aos casos clínicos de doença mental, àqueles que estivessem sob a responsabilidade médica. Àqueles que envolviam a participação judicial, pacientes que podiam oferecer riscos à segurança de médicos, funcionários e de outros pacientes, estes deveriam ser colocados em outro lugar.

Diante deste quadro, optei por explorar mais a fundo esta questão. Ingressei no mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina com um projeto visando, justamente, entender este personagem, o “louco-criminoso” e qual era o seu espaço. Dentre as muitas possibilidades de se escrever uma história acerca de um determinado tema, optei, dada à experiência anterior, por um viés político e, agora ampliado, social.

A Colônia Santana passou por mudanças profundas na sua estrutura na década de 1970. Mudanças estas, aliás, que também se estenderam por todo o estado de Santa Catarina. A superlotação, que se tornara uma característica do hospital, ganhou, neste período, ares de calamidade pública. Aparelhada para atender, com qualidade, algo em torno de mil pacientes – um número já alto – a Colônia Santana abrigava mais de dois

mil internos. Além dos casos clínicos de doentes mentais, o hospital recebia também muitos alcoólatras e criminosos. Havia diferentes alas, no entanto, o contato era constante. Além disso, o custo de manutenção era enorme. Paralelo a tudo isso, havia também uma discussão mundial em torno de um novo modelo de atendimento psiquiátrico. Formava-se, portanto, um quadro propício a mudanças.

Foi neste período que foi criado o Manicômio Judiciário de Santa Catarina. Um local peculiar, um hospital-prisão ou uma prisão que faz às vezes de hospital, o que vem primeiro é difícil precisar, o Manicômio é o local destinado, preferencialmente, a esta figura que protagoniza este trabalho, o “louco-criminoso”. Neste ambiente, supostamente, é onde ele encontrará o espaço ideal para recuperar-se e, paralelamente, ser isolado da sociedade pela infração que cometera.

O Manicômio Judiciário não surgiu apenas das reformas implantadas nos serviços de saúde pública implantadas no início da década de 70. Ele nem mesmo responde à área da saúde, já que sua subordinação é à justiça. No entanto, foi neste contexto que a sua criação ganhou força para sair do papel e tornar-se uma realidade. Criado junto à penitenciária do estado, no bairro da Agrônômica, em Florianópolis, o Manicômio Judiciário logo terá seu nome alterado para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ainda que, majoritariamente, refiram-se a ele simplesmente como “manicômio”.

A experiência com prontuários na Colônia Santana fez com que este interesse fosse transferido para o Manicômio Judiciário. Desta vez, no entanto, os prontuários seriam uma parte significativa do trabalho, já que anteriormente eu apenas os fichava para outros aspectos da pesquisa sobre a Colônia.

Um levantamento prévio nos arquivos do Manicômio Judiciário mostrou uma organização pouco comum, principalmente no que se refere a órgãos públicos. Todos os prontuários estavam arquivados, desde o primeiro, em 1971, proveniente da Colônia Santana. Organizados em caixas, que agrupavam quinze ou vinte em cada uma, dependendo do tamanho, e catalogados em fichas pequenas, numa ante-sala. O espaço destinado aos prontuários propriamente dito era pequeno, escuro e abafado. Pesquisar lá só foi possível graças a providencial utilização de um ventilador. Porém, desde o início ficou claro que este era a principal fonte que o Manicômio poderia oferecer à pesquisa. Demais documentos, como relatórios, ofícios e cartas, eram restritos. Muitos sequer existiam.

Desta forma, a pesquisa foi dividida em duas vertentes: a primeira objetivando analisar as mudanças ocorridas no setor público de saúde do estado, no que tange ao doente mental. Procura-se entender as transformações ocorridas na Colônia Santana e, por conseqüência, em toda Santa Catarina. Em última instância, essas mudanças vieram a contribuir na construção do Manicômio Judiciário. Como o principal enfoque deste trabalho é na figura do “louco-criminoso”, adotou-se uma perspectiva de entender essas mudanças a partir do olhar voltado a esta figura. A mudança na psiquiatria, na Colônia Santana, no sistema de saúde, é uma mudança que lhe atinge diretamente, pois ele, em grande parte, ocupa um espaço no hospital que não é considerado seu.

A segunda vertente é a análise do Manicômio Judiciário propriamente dito. Como as fontes mais abundantes sobre a instituição eram os prontuários, optou-se por trazer à tona uma história dos pacientes que habitaram (ou ainda habitam) o lugar.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos, que são os seguintes: “Crime e loucura: uma análise sobre as mudanças na psiquiatria catarinense no contexto

da criação do Manicômio Judiciário”; “De Manicômio Judiciário à Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: suas histórias e seus internos” e “A fé que mata: o crime do ‘Jesus Cristo’”.

No primeiro, *Crime e loucura: uma análise sobre as mudanças na psiquiatria catarinense no contexto da criação do Manicômio Judiciário*, apresenta-se uma trajetória até a criação do Manicômio Judiciário através de um enfoque político e médico. As discussões que levaram às mudanças significativas na estrutura hospitalar do Estado estão representadas por meio do embate político e das justificativas científicas para a mudança. No meio disso, o “louco-criminoso” e sua vivência na Colônia Santana e nas cadeias do estado. Como fontes para as análises, utilizamos documentos disponíveis nos Arquivo Público de Santa Catarina, como mensagens de governadores ou relatórios da secretaria de saúde; atas das sessões da Assembléia Legislativa do Estado, na qual o debate em torno da questão acontece calorosamente e entrevistas, sendo a principal delas com o doutor João Harold Bertelli, médico psiquiatra, diretor da Colônia Santana durante este período.

O segundo capítulo, *De Manicômio Judiciário à Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: suas histórias e seus internos*, estão retratados, principalmente, os chamados “loucos-criminosos”, estes contraditórios personagens. Como forma de tornar o trabalho mais rico, optou-se pela abordagem de algumas questões específicas, que foram surgindo à medida que o contato com as fontes ia se tornando mais profundo. Inicialmente, mostra-se o Manicômio e seu funcionamento. Dados estatísticos, como número de funcionários, internos, seções, diferentes grupos que trabalham e dividem as tarefas no Manicômio, foram deixados de lado, já que

outros trabalhos já seguiram esta linha.¹ Destaca-se aqui, como uma das principais fontes, a entrevista com o doutor Pedro Largura, diretor do Manicômio por quase vinte anos.

Outros tópicos abordados são a tênue fronteira entre o hospital e a prisão, estas duas instituições representadas num único espaço e a questão das drogas, muito mais restrita nos anos 70, capaz de levar alguém a ser internado no Manicômio Judiciário apenas pelo consumo de um único cigarro de maconha. Discute-se ainda a “melhor” opção a um sentenciado, ou seja, o manicômio ou a prisão comum. Ao contrário do que possa parecer a muitos, a internação num lugar como o manicômio pode ser muito pior e muito mais longa que o sistema carcerário tradicional.

Neste capítulo, aborda-se também o exame psiquiátrico realizado pelos peritos, o que, em última instância, pode determinar ou não, a internação e a liberdade. Procurou-se historicizar o ritual, além de pôr em destaque a delicada relação que une em torno de um mesmo personagem – o “louco-criminoso” – representantes do direito e da medicina, cada qual interessado em valer seu entendimento.

A questão do “liberto” é também trazida à luz, com alguns exemplos do difícil processo que se estabelece entre quem está dentro e quem está fora, quem é “louco” e quem é “normal”, naquele que pode ser um tortuoso caminho de volta à sociedade, em busca de reconquistar um espaço – se é que ele teve algum – ou de trilhar um.

¹ Para citar apenas três:

GOMES, Mônica Medeiros. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Experiência de um Grupo Vivencial**. Monografia de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2001.

SARDÁ, Juliana. **Entre o manicômio e a prisão: a fundação e os internos do Manicômio Judiciário do Estado**. Monografia de Conclusão de Curso em História. Florianópolis: UDESC, 2001.

LOPES, Eloísa Prata da Silva. **Levantamento da cultura organizacional**. Relatório de estágio de psicologia organizacional. Florianópolis: UFSC, 1984.

Este segundo capítulo abre espaço também para uma breve discussão sobre a representação da “loucura” no cinema, dada a importância desta mídia como fenômeno de massa e sua capacidade de influenciar o senso comum. Como exemplo, foram escolhidos dois filmes que representam bem o “louco-criminoso”. Grandes sucessos de bilheteria, mas, acima de tudo, bons filmes: “O Silêncio dos Inocentes” e “Um Estranho no Ninho”.

Por fim, o terceiro capítulo, *A fé que mata: o crime do “Jesus Cristo”*, é o relato de um único caso, o que mais chamou a atenção durante a realização desta pesquisa. Em meio a tantos registrados, o relato da vida deste interno destaca-se não somente pela brutalidade de seu crime – assassinou o filho de dez meses de idade – mas também pela impressionante recuperação que alcançou dentro do Manicômio Judiciário.

A conclusão deste trabalho merece uma atenção especial. Repeti aqui uma fórmula que alcançou sucesso quando da realização do TCC. Quando terminei a graduação do curso de História e escrevi a monografia final, optei por realizar a conclusão em forma de conto, criando assim, uma ficção-histórica. Por entender que as questões principais estavam suficientemente bem debatidas ao longo do texto, quis encerrar o trabalho com algo pouco comum, ainda que minha iniciativa não fosse inédita.

Diante da boa acolhida anterior, nesta dissertação utiliza-se do mesmo expediente e se “ousa” um pouco mais. Ao contrário da experiência anterior, na qual escrevi um conto que tinha o humor como base, desta vez a ação é caracterizada pelo drama. A atmosfera é muito mais pesada e a história é violenta, como a temática desta dissertação. O texto é, deliberadamente, provocador. Os nomes dos personagens são fictícios e os nomes verdadeiros utilizados também estão envoltos numa ficção. Porém,

as questões que aparecem são as que foram discutidas ao longo do trabalho e ressurgem num outro contexto para fazer o leitor refletir.

O final... bem, o final é digno de um debate e marca uma opção, entre muitas que a história poderia ter. Não há, de forma alguma, a emissão de um parecer sobre o que é melhor, mas sim uma posição marcada para se fazer pensar. Se isso for alcançado ao término da leitura, então o objetivo principal terá sido conquistado.

CAPÍTULO 1

CRIME E LOUCURA: UMA ANÁLISE SOBRE AS MUDANÇAS NA PSIQUIATRIA CATARINENSE NO CONTEXTO DA CRIAÇÃO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Tudo o que fazem os homens está cheio de loucura. São loucos tratando com loucos. Por conseguinte, se houver uma única cabeça que pretenda opor obstáculo à torrente da multidão, só lhe posso dar um conselho: que, a exemplo de Timão, se retire para um deserto, a fim de aí gozar à vontade dos frutos de sua sabedoria.¹

1.1. Qual é o lugar do “louco-criminoso”?

Os psiquiatras, a partir do final do século XIX, lançaram-se com afínco às “trincheiras da guerra” em busca de legitimação. A eles e à psiquiatria, como a verdadeira possibilidade de conhecimento e, conseqüentemente, cura do doente mental. As formas de tratamento foram popularizando-se com o passar dos anos, novos hospícios inaugurados em nome de uma modernidade associada à eficiência, um discurso coletivo de saber científico que estabelecia limites entre os seus pares e os diferentes. O discurso é a representação da autoridade. A linguagem representa tal autoridade, manifestando-a, simbolizando-a.² Logo, o discurso ultrapassa o formalismo de um mero veículo usado para divulgação de idéias, passando a ser, ele próprio, objeto de cobiça. "O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de

¹ ROTTERDAM, Erasmo de. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Martin Claret, 2001. p.37

² BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Lingüísticas**. São Paulo: Edusp, 1996. p.93

dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar."³

Eficiente em suas táticas, a psiquiatria galgou importante espaço dentro da sociedade dita civilizada. Em alguns momentos, como na década de 30, durante a Era Vargas, citando o caso brasileiro, ganharam *status* de estrelas, como por exemplo Aduino Botelho, dentro de uma nova política voltada a higienização de uma sociedade considerada imperfeita. Esta busca por uma sociedade “perfeita” passava, entre outros pontos, pela valorização do corpo e da mente saudáveis. Na tentativa de se criar uma identidade nacional, que pudesse explicar o que era ser “brasileiro”, o doente mental era parte do problema e não da solução. Alcir Lenharo discute com muita propriedade esta metáfora do corpo com o Estado, esta visão de sociedade a partir da educação física.

Persegue-se obstinadamente não somente a configuração de um tipo físico único para o brasileiro; ambiciona-se também a definição de um só perfil racial, a ponto de ser estabelecida uma relação simples entre raça e Nação constituída. A importância do trato do corpo é crucial para uma sociedade que se vê somatizada; a saúde, a força do corpo é a sua saúde e a sua força estimadas. A projeção mesma de uma parte física e equilibrada com a espiritual dimensiona um conjunto social equilibrado, no qual as tensões e conflitos ficam fora de lugar pela natureza singular sua constituição. Afinal, um projeto articulado de corporativização avançava no anos 30 e a imagem do corpo humano impunha-se como necessariamente positiva e acabada para o conjunto da sociedade.⁴

No mundo, movimentos como a antipsiquiatria ou por uma psiquiatria alternativa geraram estrelas internacionais, sendo o médico italiano Franco Basaglia, um de seus maiores expoentes.

³ FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. 2ªed. São Paulo: Loyola, 1996. p.10

⁴ LENHARO, Alcir. **Sacralização da Política**. 2ªed. Campinas: Unicamp/Papirus, 1986. p.79

Franco Basaglia transformou-se em diretor do manicômio da pequena cidade italiana de Gorizia, em 1961. Iniciou uma pequena revolução no ambiente, criando primeiramente uma comunidade terapêutica e posteriormente, reconduzindo muitos daqueles que estavam internados de volta à sociedade. Basaglia considerava que, muitas vezes, a loucura produzia-se de dentro para fora, ou seja, era o fúnebre ambiente do hospício que tornava os pacientes sem ânimo, morosos, letárgicos. Era preciso dar-lhes um choque, mas não numa máquina, ligados a eletrodos, mas sim de vida, convivendo com outras pessoas e trazendo a comunidade para dentro do hospital. Basaglia conseguiu arregimentar vários seguidores pela Itália que, nos anos seguintes, promoveram mudanças semelhantes às suas em outras instituições. Houve casos em que a estrutura dos hospitais passou a ser utilizada pela comunidade como lazer nos fins de semana, aproveitando jardins ou campos de futebol, por exemplo. No final da década de 60, Franco Basaglia publicou seus dois livros mais famosos, “A Instituição Negada” e “O Que é Psiquiatria?”. Nos anos 70, o médico esteve no Brasil, realizando palestras e cursos, chocando-se com a situação de alguns de nossos hospícios, ao encontrar doentes em celas, por exemplo, em completo estado de abandono e miserabilidade.

É importante, porém, marcar bem as posições deste processo. Basaglia não foi o criador da antipsiquiatria e nem gostava de ser chamado como tal, ainda que isso acontecesse com frequência. O termo foi criado pelo psiquiatra sul-africano David Cooper que, trabalhando em parceria com outro psiquiatra, Ronald Laing, em Londres, firmou as bases da antipsiquiatria. Foi, portanto, em sua origem, um movimento inglês.

O principal argumento dos defensores da antipsiquiatria era uma maior aproximação do terapeuta com o doente mental, como forma de acelerar e tornar mais humano o processo de tratamento. Essa proximidade deveria alcançar níveis nunca antes

pensados na psiquiatria tradicional, indo bem além de uma simples consulta, realizada, às vezes, com pressa. Pregavam a criação de comunidades terapêuticas, locais em que todos, incluindo os psiquiatras, poderiam (ou deveriam) morar juntos.

Afastaram-se da psicanálise, aproximaram-se de teorias sistêmicas e se basearam em premissas filosóficas de Jean-Paul Sartre⁵, dando primazia ao consciente. A antipsiquiatria deu uma sacudida nos profissionais que lidavam com doentes mentais, mas sua proposta, na prática, foi um fracasso. Para causar mais confusão, Thomas Szasz, em Nova Iorque, apropriou-se do termo dando-lhe uma conotação de negação da existência de doenças mentais.⁶

A visão de Basaglia se direcionava a outro horizonte, que era, essencialmente, o político. Sua intenção era mudar as leis de assistência ao doente mental, criando um sistema de saúde que permitisse ao enfermo integrar-se na sociedade através do trabalho ou, ao menos, por via de uma aposentadoria financiada pelo Estado. Os casos mais

⁵ Jean-Paul Sartre foi um filósofo, romancista francês, teatrólogo e o maior intelectual do movimento conhecido por Existencialismo, uma filosofia que proclamou a total liberdade do ser humano. Sartre nasceu em junho de 1905 e faleceu em abril de 1980, tendo, em 1964, recusado um Prêmio Nobel de Literatura, por não reconhecer, nos juízes que lhe concederam a honraria, autoridade para tanto. As “premissas filosóficas”, as quais o doutor Serrano se refere na entrevista, foram expressas ao longo da vida de Sartre em dezenas de obras, sendo a mais importante delas, considerada a fundamental da teoria existencialista, publicada em 1943, intitulando-se “O Ser e o Nada”. Em linhas gerais, o que Sartre defende é que a consciência escapa a qualquer determinismo, pois ela seria o “Nada”, que dá título ao livro. A consciência, seria, essencialmente, negadora das coisas em si mesmas. Isso seria apenas uma das perspectivas. No pensamento sartriano, o “outro” também teria importância fundamental, pois seria apenas a partir dele é que seria possível conhecer a mim mesmo. O outro funcionaria como um “mediador indispensável entre mim e mim mesmo”.

As suas teorias, é óbvio, vão muito além disso, e não cabe aqui discuti-las em suas minúcias. Porém, em se tratando de sua relação com a psiquiatria e a influência que exerceu sobre movimentos como o de Basaglia, reside no fato de demonstrar o consciente como algo *intencional*. Ou seja, para Sartre, oposto à psicanálise, o consciente está sempre voltado para algo, direcionado para fora dele mesmo, representando ou criando um objeto. Mesmo que ele não seja real, existe como fenômeno, forma-se como imagem e, portanto, é completo, acabado, existente, um “ser em si”, para utilizar as palavras de Sartre. O homem seria, portanto, plenamente consciente de seus atos.

⁶ SERRANO, Alan Índio. Entrevista concedida a Marcos Costa Melo, em 25 de setembro de 2003. Disponível no Laboratório de História, Saúde e Sociedade – Departamento de História/UFSC.

graves deveriam ter acompanhamento médico em domicílio, também feito por equipes estatais de saúde mental. Basaglia queria pôr fim ao sistema de grandes hospícios.

Há ainda, neste arcabouço de teorias psiquiátricas, uma terceira vertente, que parece ter sido a mais influente em Santa Catarina. Trata-se do movimento norte-americano por uma psiquiatria comunitária, encampado pela Organização Panamericana de Saúde, que veremos mais adiante, implantou sua política no território catarinense com o aval entusiasmado do governo.

Os ecos da antipsiquiatria⁷ chegaram ao país e contribuíram para mudanças ao longo dos anos. Este assunto, no entanto, é um ponto de discórdia. Difícil encontrar duas pessoas que tenham a mesma opinião. Hoje em dia, o país, após a lei que recomendou o progressivo fechamento dos manicômios, vive um debate. Organizações de classe defendem a nova medida e promovem movimentos que visam o fim destas instituições, ou pelo menos sua utilização apenas em casos específicos.

A lei é de autoria do deputado Paulo Delgado, do PT/MG, e prevê a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória.”⁸ Ainda pelo projeto, fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais públicos e a contratação, pelo governo, de novos leitos psiquiátricos, sendo que sua implantação deverá se dar de maneira gradual, afim de evitar um colapso no atendimento. Qualquer que seja a

⁷ Pelo que foi observado durante a realização desta pesquisa, o termo antipsiquiatria é livremente usado para se referir ao movimento iniciado por Basaglia ou às políticas da Organização Panamericana de Saúde, mesmo que existam importantes diferenças, como já salientamos. Aqui, no entanto, ao discutir a influência que essa linhas tiveram na política catarinense dos anos 70, optamos por usar o termo no seu sentido mais amplo.

⁸ CORRÊA, Josel Machado. **Um estudo jurídico e político sobre saúde mental**. Tese (Doutorado em Direito). Florianópolis: UFSC, 1996. p.126

especificidade regional que exija um tratamento diferenciado, deverá ser implantado através de lei estadual, a cargo das Assembléias Legislativas.

Entre as pessoas contatadas durante a realização desta pesquisa, como psiquiatras, psicólogos ou estudantes de medicina envolvidos nos projetos de luta antimanicomial, ouvimos críticas sobre o debate antipsiquiatria ser levado aos anos 70, como apresentamos aqui. De outras ouvimos o contrário: alegar que a discussão envolvendo a antipsiquiatria chegou ao Brasil com trinta anos de atraso é um preconceito contra o próprio país e seria investir numa lógica colonialista de que estamos sempre seguindo os passos europeus ou americanos, com anos de atraso e adaptando à nossa realidade sem a devida leitura.

Se ela não foi presente, referindo-se a Santa Catarina, de forma preponderante, com certeza teve sua influência e, como será mostrado mais adiante, contribuiu para as importantes mudanças que ocorreram no Estado. Por isso, a opção em chamar de “ecos” a influência da antipsiquiatria no cenário catarinense, ou seja, o que chegou até aqui foi apenas um leve espasmo do barulho que ela fez no resto do mundo.

A discussão acerca da necessidade de humanização do tratamento do doente mental teve início na década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizaram em torno da redemocratização do país. A Associação Brasileira de Psiquiatria/ABP, em ações políticas para defender médicos que haviam sido presos e torturados, revitalizou, no cotidiano profissional, discussões éticas acerca dos direitos humanos e da necessidade de ampliação dos direitos individuais no país. Apelos para que "ninguém fosse submetido à tortura, a tratamento ou castigo cruel, desumano e degradante" e nem "arbitrariamente preso, detido ou exilado" foram estendidos para a condição de opressão do doente mental nos manicômios e sua humilhação moral na sociedade em geral. [...] O Sindicato dos Psicólogos, o Sindicato de Enfermeiros e o Sindicato dos Assistentes Sociais criaram, em 1986, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, tendo como principais reivindicações a conquista de melhores condições de trabalho nos manicômios, a ampliação do quadro de funcionários e o aumento dos investimentos do setor público na área da saúde mental. No segundo encontro desse

movimento, em 1987, o Movimento Antimanicomial foi fundado sob o lema: "Por uma sociedade sem manicômios".⁹

Desde então, muitos outros grupos juntaram-se à causa, como ONGs nacionais e internacionais e Conselhos formados por familiares de doentes mentais. Em alguns momentos recentes, o movimento teve grande destaque na mídia, em virtude do lançamento do filme "O Bicho de Sete Cabeças", que conta a história de um jovem internado em um manicômio pelo seu pai, após ser flagrado com um cigarro de maconha.

As mudanças em Santa Catarina tiveram a influência de vários aspectos, não só da antipsiquiatria, como também – e principalmente – do econômico, envolvendo questões como a popularização dos psicotrópicos¹⁰, que permitiu aos médicos tratarem um grande número de pacientes, grande parte em suas residências, com uma facilidade até então desconhecida. "Porque o que progrediu, na psiquiatria, foi o medicamento. Nós não tínhamos anti-depressivos. Hoje tem mais de 50 tipos de anti-depressivos. A Psiquiatria só tinha um, que era o Amplictil, hoje tem mais de vinte!"¹¹

Entre tantas transformações acontecendo no mundo e em Santa Catarina, uma figura também ganhou espaço, a do "louco criminoso". Não que se defendesse – ou defendesse – o fechamento dos Manicômios Judiciários e a reintegração do doente à

⁹ MAIA, Rousiley C. M. e FERNANDES, Adélia B. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política**. IN: Revista Brasileira de Ciências Sociais. fev. 2002, vol.17, no.48. p. 159

¹⁰ Medicamentos que atuam diretamente sobre a atividade cerebral, podendo atuar como redutores de ansiedade ou depressão, por exemplo. Segundo os médicos, produzem efeitos mais eficientes, com menos efeitos colaterais. A possibilidade de vício, porém, em caso de uso por longo tempo, não é descartada.

¹¹ Palavras do psiquiatra João Harold Bertelli, ex-diretor da Colônia Santana e ex-perito do Manicômio Judiciário de Santa Catarina. Entrevista concedida a Renata Palandri Sigolo, em 13 de setembro de 2000. Disponível no Laboratório de História, Saúde e Sociedade – Departamento de História/UFSC

sociedade sob os cuidados de seus familiares. Seu caso é específico. Os Manicômios Judiciários – ou Hospital Psiquiátrico, como no caso catarinense – não estão presentes na reforma Antimanicomial. No entanto, os ecos das transformações chegaram até ele e também este passou por mudanças. Em Santa Catarina, ele foi instalado paralelo às reformas implantadas pelo governo do Estado e Secretaria da Saúde e ocupava espaço na Colônia Santana. Espaço este, indesejado. O “louco criminoso” é diferenciado.

Como paciente diferenciado, este "louco criminoso" gerou também a necessidade de se criar um local específico para a sua custódia e tratamento. Neste caso, o Manicômio Judiciário, um exemplo daquilo que Goffman qualificou como *instituição total*¹²: "Há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários."¹³

A importância de se criar um Manicômio Judiciário foi logo sentida nos primeiros anos do Hospício Pedro II, o primeiro do país, inaugurado no Rio de Janeiro, em 1852. Foi o que Roberto Machado classificou como "exigência de multiplicação de instituições articuladas".¹⁴ Tais instituições seriam criadas apenas no século XX, como a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário.

¹² A instituição total seria aquela que, em meio a tantas outras instituições da sociedade ocidental, seria muito mais "fechada" do que outras, em maior ou menor grau. E tal "fechamento" seria caracterizado pela barreira ao relacionamento social com o mundo externo, inclusive no aspecto físico, como muros altos, arame farpado, etc.

¹³ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. p.16-17.

¹⁴ MACHADO, Roberto et. al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.477

Este último, apenas em 1931, após longos e exaustivos debates em torno do caso de Custódio Alves Serrão.¹⁵ Criado, não por acaso, nos fundos da Casa de Correção, na rua Frei Caneca, o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil foi inaugurado com festa: "Das cerimônias participaram representantes do presidente Epitácio Pessoa, o ministro da Justiça, Alfredo Pinto, os médicos do Hospício, o chefe de polícia e ainda outras autoridades ligadas à Justiça e às penitenciárias. [...] Anunciavam, primordialmente, a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante."¹⁶

Em Santa Catarina, a questão do doente mental também foi amplamente debatida. Aqui, como no cenário nacional, procurava-se viabilizar a criação um hospital público destinado ao atendimento destes pacientes. Na mensagem de 1905, enviada ao Congresso Representativo, o governador Vidal Ramos já chama atenção para esta necessidade.¹⁷ Nos anos seguintes, são vários os documentos do poder público que mostram o desejo dos governantes em criar um hospício no estado. Sejam nas

¹⁵ Custódio Alves Serrão cometeu um assassinato no final do século XIX, no Rio de Janeiro. Foi acusado de ser louco por toda a imprensa, na qual o caso teve imensa repercussão. No entanto, sua alegação por ter cometido o crime era justamente o medo de ser internado num hospício. O caso suscitou uma grande polêmica envolvendo nomes importantes da época, como o médico Teixeira Brandão, diretor do Hospital Nacional de Alienados, que pedia a construção de um "manicômio criminal", alegando que o Hospital Nacional não tinha condições de receber loucos criminosos. Da polêmica envolvendo estes e outros casos ganhou força a idéia de se criar o Manicômio Judiciário. Para maiores detalhes ver CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: UERJ; São Paulo: USP, 1998.

¹⁶ CARRARA, Sérgio. Op. Cit. p.194.

¹⁷ Vidal Ramos dedica um bom trecho de sua mensagem externando preocupação com o fato de Santa Catarina não possuir um local específico para o atendimento de doentes mentais. O governador fala na "urgência" da obra e cita que este desejo já fora manifestado em mensagens de governadores anteriores. Naquela oportunidade, como possível solução para o problema, Vidal Ramos sugere que a parte destinada a cada hospital no orçamento seja deduzida em prol da construção de um hospício. RAMOS, Vidal. **Mensagem lida pelo Governador do Estado de Santa Catarina ao Congresso Representativo**, em 1905. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

mensagens mostrando os serviços realizados pelos governadores ao longo do ano ou nos relatórios dos inspetores de saúde, a intenção de se criar um hospital público de atendimento a doentes mentais é uma preocupação constante, porém sempre adiada. A justificativa para que tal projeto não saísse do papel era, normalmente, a alegação de falta de verbas.¹⁸ Enquanto não se construiu o hospício, que viria ser a Colônia Santana, inaugurada apenas no ano de 1941, os doentes mentais eram internados normalmente em Brusque, no Hospital de Azambuja e no Oscar Schneider, de Joinville. Estas instituições, no entanto, não eram públicas e sim privadas, contando com subvenções do Estado para se manter. Além disso, doença mental era também um caso de polícia, como mostra o trecho a seguir, extraído do relatório do Inspetor de Saúde, Joaquim Ferreira Lima.

O Governador do Estado, justa e generosamente **impressionado com o facto de continuarem a ser recolhidos ás cadeias publicas** [grifo meu], os infelizes loucos e pretendendo dar um remedio a este lamentavel estado de cousas, entendeu-se com o benemerito Provedor do Hospital de Azambuja, o Padre Gabriel Lux, no sentido de se ampliar a secção para alienados, que já existe naquelle importante estabelecimento, de modo a ser satisfeito o magno problema da collocação e tratamento dos loucos do Estado. Para este fim é que eu e o Chefe de Policia fomos ao Hospital de Azambuja.¹⁹

No ano seguinte, 1914, o mesmo Joaquim Ferreira Lima, responsável então pelos exames de sanidade prestados pelo Estado, escreve em seu relatório novamente sobre a prisão de doentes mentais nas cadeias públicas. Explicita sua preocupação com

¹⁸ Para maiores detalhes desta trajetória até a concretização da Colônia Santana, ver MELO, Marcos Costa. **O Estado e a "Loucura": da trajetória à concretização da Colônia Santana**. Monografia de Graduação em História. Florianópolis: UFSC, 2002.

¹⁹ LIMA, Joaquim David Ferreira. **Relatório do Inspetor de Saúde do Estado de Santa Catarina ao Secretário Geral do Estado em 1913**. p. 26-29. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

o fato do Hospital de Azambuja ainda não ter concluído um novo espaço²⁰, saturando ainda mais o sistema penal. Alguns dos que estavam encarcerados eram doentes que haviam se tornado perigosos para suas famílias, principalmente as mais humildes, incapazes de lidar com o “louco”, fosse por desconhecimento ou razões financeiras. Sem condições ideais e muitas vezes abandonados, muitos desses doentes mentais acabavam falecendo na prisão. Sobre as condições em que viviam, o Inspetor de Saúde definiu como “as mais deshumanamente antihigienicas [...], dous desses desgraçados falleceram, um mesmo na cadeia, outro no Hospital de Caridade para onde foi transportado em estado de completa miséria orgânica.”²¹

Estudar a história da "loucura", da psiquiatria ou mesmo desta relação "crime-loucura" é também o estudo do corpo, da relação "corpo e mente", como definiu Roy Porter.²² Para tanto, em meio às discordâncias quanto às perspectivas de abordagem, ele ressalta a importância da antropologia cultural, da sociologia e da sociologia médica neste processo de auxílio ao historiador.²³

Mas a expectativa de que o Hospício de Azambuja viesse a solucionar o problema das cadeias públicas de Santa Catarina não se confirmou, como atesta o governador em exercício, Antônio Vicente Bulcão Vianna, em 1926:

²⁰ Por iniciativa do padre Lux, o Hospital de Azambuja adquiriu um terreno anexo e construiu um novo prédio, que passou a ser conhecido como Hospício de Azambuja. Para maiores detalhes, ver MELO, Marcos Costa. Op. Cit. 2002.

²¹ LIMA, Joaquim David Ferreira. **Relatório do Inspetor de Saúde do Estado de Santa Catarina ao Secretário Geral do Estado em 1914**. p. 18-19. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

²² PORTER, Roy. História do Corpo. In: BURKE, Peter (Org.). **A Escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1992. p.303-309.

²³ Idem, p.294.

O Estado não tem serviço official de assistência aos alienados. O hospício de Azambuja é um instituto particular, subvencionado pelos cofres públicos, mas com capacidade para um pequeno número de doentes. O hospício de Joinville é municipal e também de proporções reduzidas.

Dahi resulta que **em todas as cadeias do Estado** [grifo meu] existem alienados em miseras condições sem tratamento médico, encarcerados, como nos tempos primitivos.²⁴

É possível, nesta passagem, perceber claramente o discurso do Estado. Mais do que qualquer sentimento humanitário, o que configurava-se inadmissível era Santa Catarina não possuir um hospício próprio, sustentado pelo Estado, dependendo de instituições como o Azambuja e o Oscar Schneider, de Joinville. Tal falta tornava o Estado capenga na sua função de intervir na sociedade, deixando Santa Catarina "nos tempos primitivos".

O problema envolvendo o crime e a loucura - e as cadeias e presídios catarinenses - persistiu durante longos anos, mesmo após a celebrada construção da Colônia Santana. Sua situação era dúbia. Internados no hospício, eles eram considerados perigosos demais para conviverem com os demais pacientes. A integridade dos demais era posta em risco. No entanto, quando colocados nas cadeias, a situação se invertia. Neste ambiente, eles passavam a ser os ingênuos, presas fáceis aos artifícios de bandidos de verdade. Diante disso, a construção de um Manicômio Judiciário em solo catarinense era uma questão urgente e de tempo. Aliás, bastante tempo, pois somente trinta anos após a inauguração da Colônia Santana é que o estado criou o seu Manicômio Judiciário, já na década de 70 do século XX.

²⁴ VIANA, Antônio Vicente Bulcão. **Mensagem apresentada ao Congresso Representativo em 21 de agosto de 1926, pelo presidente deste mesmo Congresso no cargo de Governador em exercício.** p. 19. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

Quando a Colônia Santana foi inaugurada, em 10 de novembro de 1941, houve uma expectativa por parte dos políticos catarinenses de que ela seria a solução para todos os problemas envolvendo a saúde mental no estado. Mesmo que no Hospital de Azambuja se tivesse vivido situação semelhante, ou seja, a esperança de solucionar os problemas de uma só vez acabou em frustração, a Colônia Santana era criada em meio a uma euforia. Parte de um programa nacional do governo de Getúlio Vargas, comandado pelo médico Aduino Botelho, a Colônia Santana vinha a preencher a lacuna de décadas à espera de um hospício público. Adotando um modelo no qual os pacientes trabalhariam, contribuindo assim para o sustento da própria instituição, o novo hospital devia ser um orgulho para os catarinenses. Num volume editado na década de 40, pelo Departamento de Saúde Pública, é possível perceber a dimensão dada à obra.

A Colônia Sant'Ana é, no vasto panorama dessas extraordinárias e novas realizações do atual Govêrno catarinense, uma unidade apenas, destinando-se a preencher velha lacuna no serviço de assistência a enfermos mentais, que se socorriam, até então, de dois manicômios particulares, menos aprestados para o eficiente tratamento de que para a piedosa e humana assistência e reclusão dos doentes.

Na opinião de ilustres psiquiatras que a têm visitado, a Colônia de Psicopatas em Santa Catarina é das que podem servir de modelo, na sua espécie, proporção e extensão e no acabamento de sua aparelhagem técnica, que é das mais modernas existentes no país.

[...]

As fotografias que reunimos, na presente publicação, oferecem uma idéia das proporções monumentais dessa Colônia de Psicopatas, que é, incontestavelmente, uma das obras compensadoras do patriótico esforço catarinense por nivelar-se, em progresso, às unidades da Federação Nacional que melhor expressam o nível de compreensão da esplêndida hora que estamos vivendo no Brasil, sob as clarividentes diretrizes do grande Presidente Getúlio Vargas.²⁵

Nos seus primeiros dez anos a Colônia Santana viveu uma espécie de choque entre o "sonho e a realidade". A demanda foi, desde o início, muito maior que a oferta

²⁵ DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (s.l.; s.e.; s.d), IHGSC.

de vagas. Rapidamente o hospital ficou lotado de pacientes, que chegavam de todas as regiões do estado, além daqueles que vieram transferidos de Brusque e Joinville, pois estes foram desativados.²⁶ E, por fim, a Colônia também recebeu muitos daqueles internos que estavam alojados nas cadeias públicas.

1.2. Colônia Santana x Manicômio Judiciário

A convivência entre pacientes e criminosos, como já foi dito, não era considerada positiva por parte dos administradores do hospital. “É impossível. Além do Hospital estar completamente lotado, a nós nos afigura perigoso trazer criminosos para aqui, onde não há segurança necessária. Estamos providenciando a volta de um sentenciado que está em observação e que já nos tem dado muitas apreensões.”²⁷, relata o doutor Agripa de Castro Faria, diretor do hospital. Muitos são os relatos de conflitos nas dependências da Colônia, entre os próprios pacientes ou com integrantes da equipe do hospício. Muitos são também os relatos de fuga constantes nos prontuários arquivados no hospital. Às vezes, devido a superlotação, uma ausência só era sentida dias após ter acontecido, normalmente quando um paciente faltava a uma consulta. Entre os muitos casos de perturbação da ordem dentro da Colônia Santana, relata-se a seguir um pequeno exemplo, da transcrição de um ofício enviado pelo diretor do hospital em 1950, o doutor Agripa de Castro Faria, ao doutor Armando Simone Pereira, secretário de justiça, educação e saúde:

²⁶ Para maiores detalhes, ver MELO, Marcos Costa. Op. Cit., 2002.

²⁷ FÁRIA, Agripa de Castro. **Ofício enviado ao Exmo. Dr. Ivo D'Aquino, Secretário Geral do Interior e Justiça.** s/d. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina., 1943.

10/05/1950

Senhor Secretário,

Levo ao vosso conhecimento que foi ultimamente internado neste hospital um menor vindo do Abrigo de Menores, de nome *José*²⁸, o qual devido sua conduta acha-se incompatibilizado com sua permanência neste hospital, pelo que passo a expôr:

1. O rapaz é pederasta passivo e ativo, poluindo desta forma as outras crianças, na sua maioria **débeis mentais e, portanto, indefesos** (*grifo nosso*), submetendo-se desta forma aos **instintos doentios e perversos** (*grifo nosso*) do menor *José*.

2. Solicito-vos, portanto, providencias neste sentido de que o mesmo seja retirado o mais breve possível deste hospital, em virtude de não termos acomodações apropriadas para o mesmo.

Tomo o ensejo para reiterar a V.Excia. os meus protestos de grande estima e consideração.²⁹

O discurso médico tenta garantir a ordem em seu espaço e exclui, nesse processo, o “diferente”. O menor, doentio e perverso, representa uma ameaça não somente aos débeis mentais, “indefesos” simplesmente por ostentarem esta condição, mas também ao sistema que se propõe eficiente, à prática médica impedida de impor sua filosofia pela interferência do inesperado.

A princípio, optou-se por construir o Manicômio Judiciário nas próprias dependências da Colônia Santana. O doutor Antonio Santaella, no relatório de atividades de 1951³⁰, coloca sua construção como um dos pontos fundamentais para que a Colônia Santana consiga cumprir satisfatoriamente o programa proposto pelo Serviço

²⁸ O nome do paciente, por questões éticas, foi trocado aqui por um pseudônimo.

²⁹ FARIA, Agripa de Castro. **Ofício enviado ao Exmo. Dr. Armando Simone Pereira, Secretário de Saúde, Educação e Justiça, em 10/05/1950**. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

³⁰ HOSPITAL COLÔNIA SANTANA. **Relatório de Atividades 1951**. São José, SC, 1952.

Nacional de Doentes Mentais.³¹ Nesse mesmo ano foi criado um projeto regulamentando a situação.

Projeto de Regulamento do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de Santa Catarina”

Capítulo III

“Do Manicômio Judiciário”

Artº 29 – O Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina, funcionará, provisoriamente, como dependência do Hospital Colônia, e destinar-se-á a internação:

- a) dos delinquentes, isentos de responsabilidade, por motivo de afecção mental, quando, a critério do juiz, assim o exigir a segurança pública.
- b) Dos condenados que, achando-se recolhidos às prisões estaduais, apresentarem sintomas de perturbação mental.
- c) Dos acusados que devam ser submetidos a observação ou tratamento psiquiátrico.

Parágrafo Único: O internamento só se dará por determinação judiciária e portaria do Secretário da Justiça, Educação e Saúde.

Artº 30 – O diretor geral do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de Santa Catarina indicará a autoridade competente, um médico psiquiatra pertencente ao quadro da assistência para servir como diretor do estabelecimento.

Como pode se observar no projeto, o funcionamento do Manicômio Judiciário junto a Colônia Santana seria de caráter provisório. A intenção era construir tal espaço em local distinto. Até porque o Manicômio não responderia diretamente à Secretaria de Saúde. Em 1951, data deste projeto, saúde e justiça dividiam a mesma pasta, condição que não perdurou por muito tempo. Desmembrados, o Manicômio, ao contrário da Colônia Santana, está subordinado à Secretaria de Justiça.

Apesar do projeto de 1951, o Manicômio não foi construído na Colônia Santana. Os problemas continuaram e sua necessidade se fazia contínua. Em 1955, uma

³¹ Os outros seriam: aumento do número de leitos da Colônia, construção de um pavilhão para tuberculosos, aumento da assistência aos doentes agudos e aumento do número de psiquiatras à disposição do hospital.

nova mensagem de governador, agora Irineu Bornhausen, cita novamente mudanças que deverão ocorrer no hospício visando o seu melhor funcionamento. Mudanças estas acertadas com o Serviço Nacional de Doentes Mentais. Entre elas, "construção do Manicômio Judiciário, conforme acôrdo já firmado entre o Gôverno do Estado e o Serviço Nacional de Doenças Mentais."³² Porém, no final da década, há uma outra mensagem, desta vez do governador Heriberto Hülse, citando novamente o Manicômio Judiciário e a necessidade de sua construção. Tal obra estaria englobada junto a outras naquilo que o governador chamou de "estudo das possibilidades de expansão dos serviços de Assistência Psiquiátrica no Estado."³³

1.3. Colônia Santana: chegou a hora de mudar

Os anos sessenta foram períodos bastante conturbados da história brasileira. Especialmente após o golpe militar de 1964, quando o país se viu às voltas com uma ditadura que permaneceria por vinte longos anos no poder. No caso específico da psiquiatria, o novo governo deu início a uma política de incentivo à criação de instituições psiquiátricas de cunho privado. Desta maneira, o Estado reduziu os investimentos na criação de hospitais públicos de modelo psiquiátrico. Além disso, o governo militar passou a oferecer polpudas verbas à manutenção desta incipiente rede privada, sob a alegação que o tratamento oferecido nestas instituições era mais qualificado. Tal atitude, no entanto, acabou incorrendo em desvio de verbas e

³² BORNHAUSEN, Irineu. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo Governador do Estado de Santa Catarina por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1955.** p.62-65. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

³³ HULSE, Heriberto. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo Governador do Estado de Santa Catarina, em 15 de abril de 1959.** p.59-62. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

desorganização. Mesmo recebendo subvenções públicas, os hospitais privados dedicavam-se em sua maior parte ao tratamento de pessoas de posse, deixando a grande maioria da população ainda dependendo do sistema público, que tornava-se, agora sim, devido a falta de verbas, ainda mais debilitado.³⁴ Foi um processo semelhante ao ocorrido com a educação, que também teve seu sistema público relegado em favor de uma suposta superioridade da educação privada, contribuindo decisivamente para criar a desigualdade social que existe até hoje no país.

No cenário catarinense, por incrível que pareça, esta onda expansionista do setor privado feita pelo governo federal não teve muita força. Poucos foram os novos hospitais gerais criados. Mesmo assim, a Colônia Santana passa por mudanças significativas. Foi durante esta década que o hospício viveu seus momentos de maior número de pacientes. Em 1963, assumiu a direção do hospital o psiquiatra João Harold Bertelli, que permaneceu na função durante oito anos, deixando a Colônia em março de 1971. "Quando eu assumi, tinham 930, 950 doentes. Em 70, 1971, tinham 2200 doentes"³⁵, conta ele. A Colônia Santana, desde a sua inauguração, trabalhou com um número alto de pacientes, porém os números descritos pelo doutor excediam amplamente aquilo que o Estado considerava ideal. Segundo o doutor Bertelli, entre as causas de tamanho volume de pacientes estavam a falta de psiquiatras em Santa Catarina, o que impedia a criação de ambulatórios regionais, medida que aliviaria a procura pela Colônia Santana e o abandono de muitos dos pacientes pelas suas famílias.

³⁴ GOMES, Mônica Medeiros. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Experiência de um Grupo Vivencial**. Monografia de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2001.

³⁵ BERTELLI, João Harold. Op. Cit.

"Desses dois mil, tinham mil que não saíam mais de lá. Família não vinha buscar...", atesta.

O número elevado de pacientes provocou reações da Secretaria de Saúde. Havia, segundo os dados do governo, 2.156 pacientes internados na Colônia Santana em 1971.³⁶ O objetivo era voltar aos cerca de 900 existentes no início da década de 60. Mesmo nesta década, os problemas de superlotação já eram bastante visíveis. De acordo com os relatos das irmãs da Divina Providência, mais de duzentas pacientes aglomeravam-se na ala feminina, "três em cada colchão, sem travesseiro e com apenas um cobertor". Nos dias chuvosos, utilizava-se o forno da padaria para enxugá-los. Nossos entrevistados se referem à Colônia nesse período com expressões reveladoras com "depósito de doentes".³⁷

Nos anos 70, porém, é que a Colônia Santana atingiu o seu auge em termos de superlotação. Para os mais de dois mil pacientes, havia um número insuficiente de camas, estimadas em torno de mil e quatrocentas. Algumas enfermarias não tinham nenhuma cama. Aos funcionários, cabia espalharem colchões pelo chão, afim de amenizar o caos. Os doentes amontoavam-se uns sobre os outros e o calor dos corpos funcionava como aquecimento. Por vezes, três ou quatro pacientes dividiam uma única cama. A situação de algumas enfermarias, as mais visíveis, era um pouco mais confortável e nelas havia uma cama para cada paciente. A situação mais complicada era

³⁶ SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, 1998. p.13

³⁷ MURARO, Valmir Francisco. **De hospital a hospício: um pouco de história oral**. Anais do IX Encontro Estadual de História. Florianópolis: UFSC, 2002. CD-Rom.

reservada às enfermarias que situavam-se no interior do hospital. Nos “fundos”, dormia na cama quem chegasse primeiro e fosse forte o suficiente para defender o seu espaço.³⁸

A diminuição do número de internos não passava por uma questão apenas financeira. Ela vinha calcada também nas discussões que vinham do exterior. "De 1970, mais ou menos, foi o ano que o Basaglia começou a funcionar, quando o projeto dele começou a ser discutido no mundo inteiro. Os americanos aceitaram parcialmente, que eles também tinham esse problema de excesso de doentes mentais e gastos", diz o doutor Bertelli, que acabou se retirando da direção da Colônia Santana, sendo substituído pelo doutor Júlio Gonçalves.

Antes, porém, de colocarem em prática medidas que iriam revolucionar a psiquiatria em Santa Catarina, o rumo político era outro. Havia uma expectativa muito grande em torno da construção do Hospital Psiquiátrico de Chapecó, talvez a mesma que já houvera com a própria construção da Colônia Santana, acreditando-se, mais uma vez, que os problemas relativos à saúde mental no Estado, seriam resolvidos definitivamente. A empolgação, uma característica própria do governo, frise-se, em torno de tal empreendimento, pode ser medida pelas palavras do deputado Gentil Bellani, num discurso feito na Assembléia Legislativa do Estado, em 1969.

Outro fato, senhor presidente e senhores deputados, que considero mais um passo no caminho da execução da grandiosa obra que será o Hospital de Alienados e que será construído em Chapecó. Na última reunião da Câmara Municipal de Chapecó, aprovou mensagem do Exmo. Sr. Prefeito Municipal que fez doação de uma área de 25 hectares, para construção deste hospital. A área situa-se entre a cidade de Chapecó e o Distrito de Marechal Borman.³⁹

³⁸ Idem

³⁹ Diário da Assembléia, 21/03/1969, pg. 3. Anais da Assembléia Legislativa, 1969, vol.2

Mais adiante, o deputado fala do constrangimento de ver doentes catarinenses tendo que se deslocar para Porto Alegre ou Curitiba, já que a Colônia Santana não suportava mais o volume de doentes.⁴⁰ A expectativa era que o hospital em Chapecó pudesse manter na região Oeste e seus arredores, os doentes que até então eram obrigatoriamente levados a Florianópolis em busca de tratamento.

Colombo Machado Salles, governador do estado em 1971, cria a Seção de Saúde Mental do Departamento de Saúde Pública (DSP), cujo principal objetivo era fazer com que os pacientes permanecessem, o máximo possível, em suas regiões de origem, evitando assim o traslado até a capital.⁴¹ Em virtude da nova política que seria adotada, cancelou-se a inauguração do Hospital Psiquiátrico de Chapecó, já em processo de construção. A estrutura do prédio acabou sendo aproveitada para abrigar o que hoje é a sede da Universidade do Oeste. Abelardo Vianna Filho foi o nome escolhido para ocupar a administração da Seção.

Assumindo a Seção de Saúde Mental, Abelardo trouxe a Santa Catarina o discurso da Organização Mundial da Saúde, através da Organização Panamericana (OPAS) e passou a treinar médicos generalistas. Em três anos havia doze novos ambulatórios de Saúde Mental espalhados em pólos regionais do interior. Abrigados em centros de saúde eram atendidos por médicos generalistas, enfermeiras e assistentes sociais treinados. Amplia-se o ambulatório de Florianópolis. Difunde-se a adoção de tricíclicos, atarácicos e neurolépticos. Extingue-se o uso dos choques insulínico e cardiazólico e reduz-se a números insignificantes o uso de eletro-convulsoterapia. Prega-se a formação de equipes multidisciplinares abertas aos contatos com a comunidade. A devolução de pacientes de longa permanência na Colônia, às suas comunidades, para serem seguidos como

⁴⁰ Idem

⁴¹ SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, 1998. p. 11-12

"egressos" nos ambulatórios do interior, transformou-se num grande movimento.⁴²

A ruptura de um processo, marcado, principalmente, pelo cancelamento da construção do Hospital Psiquiátrico de Chapecó, para um novo modelo privilegiando os ambulatórios de Saúde Mental não foi, ao contrário do que pensam muitos, repentino. De início, a idéia era associar estes dois modelos. O Hospital em Chapecó não foi descartado num primeiro momento, sua implantação continuava prevista, ao lado dos novos ambulatórios. Segundo o Secretário de Saúde, Prisco Paraíso, em discurso na Assembléia Legislativa, explicando aos deputados as novas medidas, a organização consistiria, basicamente, em 12 unidades sanitárias, alocadas nos seguintes municípios: Florianópolis, Itajaí, Blumenau, Joinville, Canoinhas, Joaçaba, Lages, Tubarão, Rio do Sul, Chapecó, Criciúma e São Miguel do Oeste. Estas cidades seriam as sedes de centros de saúde e supervisionariam “sob certa jurisdição, certo número de unidades de postos de saúde e centros de puericultura, localizados em municípios vizinhos.”⁴³ Resumindo os dados, o Secretário decreta: “Estes 12 distritos sanitários supervisionam 108 postos de saúde em Santa Catarina.”⁴⁴

No interior apresentamos as seguintes unidades: no município de São José, o Hospital e Colônia Santana, para tratamento de doentes psiquiátricos [...] **temos então, as seguintes unidades em construção: o Hospital Psiquiátrico em Chapecó em fase de construção** (*grifo nosso*), que deverá entrar em funcionamento com uma parcela apenas de sua capacidade total, no decorrer do ano de 1972, mais precisamente no segundo semestre, e que já então poderá

⁴² Idem, p.12

⁴³ Diário da Assembléia Legislativa, ano XXII, nº 1681, 02/09/1971. Anais da Assembléia, 1971, vol. II.

⁴⁴ Idem

operar com 150 pacientes e quando completamente construído, terá capacidade de atender a 450 internados.⁴⁵

O poder do discurso político, que legitima e dá suporte ao discurso médico de prevenção e tratamento aos doentes mentais, se faz visível de maneira cristalina nesta relação de internar e dar alta. É o ponto máximo deste intrincado processo no qual a população deposita nas mãos daqueles que, supostamente, sabem o que fazer, o destino de suas vidas.

Nesse momento, o Hospital Psiquiátrico de Chapecó era apenas um projeto, já em execução, mas ainda um projeto. Para o Secretário, que reputava os doentes psiquiátricos como “o mais grave problema de saúde pública”⁴⁶, sua implantação, associada às demais medidas, resolveria o problema. Entretanto, a política de concessão de altas da Colônia Santana é um dos episódios mais polêmicos da história recente de Santa Catarina. Talvez, ainda, recente demais, para que possamos alcançar todos os resultados de sua ação. Ainda que o assunto seja de conhecimento público, muita coisa é dita à “boca pequena”, ou seja, sem comprovação ou comprometimento da fonte. No entanto, abundam lendas sobre as medidas e uma das mais frequentemente citadas é o fato – é claro, não confirmado pelas autoridades e sem registro em nenhuma documentação – de se abandonarem doentes à beira de estradas ou entradas de cidades, que não eram recebidos de volta por suas famílias ou comunidades, visando assim esvaziar mais rapidamente a instituição.

⁴⁵ Idem

⁴⁶ Idem

A Assembléia Legislativa foi palco de debates calorosos, envolvendo a questão. Nesta mesma oportunidade em que o Secretário da Saúde, Prisco Paraíso, expôs as realizações e metas do governo, houve também a participação do médico Júlio César Gonçalves, diretor da Colônia Santana e, posteriormente também, do Manicômio Judiciário. Gonçalves foi convidado a explicar aos deputados quais seriam os critérios e os procedimentos utilizados para a concessão ou não de altas para os internos da Colônia Santana. A situação é interessante, pois, ao término da explanação do Secretário, foi aberta aos deputados a oportunidade de arguição. E, já na primeira questão, o deputado Ivan Rodrigues questionou: ‘Chegou ao nosso conhecimento que a Colônia Santana, Hospital Psiquiátrico, vem dando alta a doente, sem que o mesmo esteja em condições efetivamente de voltar à sociedade. Perguntaria qual o critério que vem sendo adotado para estas altas em massa?’⁴⁷

A resposta do Secretário é, ao mesmo tempo, política e esperançosa. Ou seja, além da réplica direta, há também embutido o conteúdo um tanto emocional, inclinando-se para o dramático, que tão bem sabem realizar os políticos, sempre injetando esperança nos seus diálogos e vivendo, assim como a indústria dos cosméticos, muito mais de promessas do que *podem* e não do *irão* fazer:

Nós convidamos o Dr. César Gonçalves, diretor da Colônia Santana, para, em rápidas pinceladas, trazer ao conhecimento dos senhores, qual é esta nova filosofia e qual a nossa posição no tratamento de doentes psiquiátricos, que é altamente responsável, não apenas por parte do Estado, mas da família, da comunidade que tem grande responsabilidade no acompanhamento daqueles pacientes que são irrecuperáveis. O Hospital Colônia Santana não deverá mais ser chamado assim. Deverá ser realmente chamado de Hospital de Recuperação. Aquêles casos irrecuperáveis não podem ficar em depósito nos hospitais. A comunidade, a família, os responsáveis

⁴⁷ Idem

diretos pelo paciente deverão participar da sua guarda e da sua proteção.⁴⁸

1.4. A “nova filosofia”

A fala do doutor Julio César Gonçalves, nesta ocasião, é um tanto longa, no entanto, alguns de seus trechos são importantes para esclarecer o momento vivido pela psiquiatria catarinense.

A psiquiatria, como especialidade médica, efetivamente passa por um período de fausto. No entanto, a existência psiquiátrica como problema de saúde pública, entre nós vive efetivamente um drama. Ela existe ainda num instante bastante anacrônico com a realidade do desenvolvimento científico e de todo o desenvolvimento, em relação ao entendimento da doença mental. A existência e a manutenção de concepções totalmente errôneas acerca da enfermidade mental, ela é por si, talvez, um dos grandes mantenedores de um entendimento que efetivamente repercute sobre a assistência psiquiátrica. Aquela imagem primitiva de que o enfermo psiquiátrico é perigoso, agitado, desequilibrado, tonto e daí os perjurativos, apelido de bruxo, endemoniado, de louco, sempre expressões diminutivas, em relação ao enfermo, leva a família e a comunidade a procurar o isolamento como solução, como única terapêutica, como único caminho e como única atitude em relação ao enfermo mental.⁴⁹

Há uma clara tentativa de se desassociar o momento catarinense do momento vivido pela psiquiatria no mundo. Principalmente, a maneira de encarar a doença mental como uma questão de saúde pública. A busca por auxílio em instituições como a Colônia Santana é creditada, muito mais, à ignorância pública em relação à loucura que ao desejo de realmente oferecer cura a um doente. Não sabendo lidar com a questão, atônitos diante de uma realidade assustadora, atormentados por “imagens primitivas”, a família ou a sociedade buscariam o auxílio na Colônia Santana a fim de isolarem o

⁴⁸ Idem

⁴⁹ Idem

paciente. Num outro momento, nesta mesma fala, o doutor credita à Revolução Francesa uma certa alteração neste modo de encarar a doença mental, trazendo a relação para um campo mais racional e humanista, chegando àquele momento da fala, quando, entre a classe médica, haveria um consenso que a doença mental era natural, uma “conseqüência bio-psico-sócio-cultural”. Porém, frisa ele, a maneira anterior continuaria “influenciando”.

A argumentação de que seria a ignorância⁵⁰ a principal responsável pela procura e a conseqüente superlotação da Colônia Santana parece simplista. E parece também descarregar sobre as costas das famílias e da sociedade como um todo, um ônus que não lhes cabe. Como outros trabalhos demonstraram⁵¹ e este referenciou o assunto, a Colônia Santana foi alvo de uma expectativa muito grande, não só por parte da sociedade, como também – e principalmente – por parte das autoridades. Logo, parece que a procura incessante pela instituição não se devesse apenas pela ignorância em relação ao trato com o doente mental, mas também pela respeitabilidade que o nome criou em torno de si e que os próprios psiquiatras trataram de incentivar durante tanto tempo. Se mesmo entre a classe médica é difícil se encontrar um consenso quanto a melhor forma de tratamento e a polêmica de envolver ou não a sociedade neste processo

⁵⁰ Tomada aqui no seu sentido clássico, ou seja, falta de conhecimento sobre determinado assunto e não uma associação pejorativa que a palavra carrega hoje em dia no dito popular.

⁵¹ BENOSKI, Diogo Albino. **A loucura controlada: poderes e influências da administração da Colônia Santana**. Trabalho de Conclusão de Curso em História. Florianópolis: UFSC, 2002.

MARQUES, Elisa Paula. **Vozes veladas: a relação entre os pacientes da Colônia Santana com os familiares e sua comunidade durante as décadas de 1940-1960**. Trabalho de Conclusão de Curso em História. Florianópolis: UFSC, 2003.

rende frutos até hoje, como esperar que naquele tempo as pessoas tivessem condições de avaliar a necessidade de integrar o doente?

De modo que o nosso hospital [...] **está vivendo como um verdadeira depósito** (grifo nosso), e ainda cognominado “a casa dos loucos”. De modo que, como consequência, **não tem condições de ofertar aquilo que nós chamamos de tratamento psiquiátrico** (grifo nosso). [...] Ele não pode permanecer existindo como instituição para atender ao sociopata, o débil mental. **O débil mental, entendem os senhores, é uma entidade de doença psiquiátrica que efetivamente não tem sentido ser mantido num hospital psiquiátrico que se pretende dinâmico** (grifo nosso). No hospital psiquiátrico se pretende fornecer algo. Não pode continuar atendendo ao pobre. **Não pode infelizmente, continuar atendendo** ao inválido, não pode, infelizmente continuar atendendo **os problemas policiais, aos problemas de ordem jurídica** (grifos nossos), e que ali estão em razão de desajuste da condição de sociopata. Então, efetivamente se implantou, desde o início de nosso trabalho ali, uma tentativa de separar as condições que julgamos tecnicamente não dignas de permanecerem dificultando o tratamento daqueles que necessitam de um hospital ativo e dinâmico. Essa triagem vem sendo feita com muito cuidado, efetivamente, com técnica psiquiátrica e que, efetivamente, temos consciência de que não politicamente em função dos problemas que vem acarretando, bem aceita. [...] Como ela está, efetivamente, não existe condições de tratamento. Então a triagem, o julgamento dos casos, o levantamento das condições, inadequadamente, que de modo errôneo lá permanece, é trabalho inicial. Posteriormente faremos a setorização de algumas entidades. Chamaremos outras entidades responsáveis para um trabalho conjunto, só então, **com a sensibilização de diversas áreas é que teremos condições de oferecer realmente o tratamento ao nosso doente** (grifo nosso), que é apenas um grupo dos 2000 enfermos lá internados, para 1400 leitos ali existentes.⁵²

Neste outro momento, fica bastante clara a lógica da “nova filosofia”: retirar da Colônia Santana aqueles elementos que apenas acarretavam custos desnecessários aos cofres do Estado, como o pobre e o inválido ou ainda o criminoso, que deveria ser conduzido à cadeia ou ao Manicômio Judiciário, que nesse momento dava os seus primeiros passos, abrindo espaço, então, para que a psiquiatria pudesse realmente exercer o seu papel terapêutico junto àqueles que necessitavam sobremaneira de um

⁵² Diário da Assembléia Legislativa, ano XXII, nº 1681, 02/09/1971. Anais da Assembléia, 1971, vol. II.

tratamento. Visto sob uma outra ótica, mais “otimista”, ou mais apegada aos dados oficiais, era a oportunidade de envolver a sociedade e conscientizá-la de sua importância nesse processo, trazendo-a à participar, envolver-se, deixando a condição de figurante para se tornar protagonista da história.

A crítica feroz a este modelo tem em um argumento seu pilar: o que fez o governo neste momento não foi uma ação benemérita, em prol daqueles internados na Colônia, da sociedade, das “pobres” famílias que não sabiam lidar com os enfermos. Foi sim uma atitude de caráter eminentemente econômico, pensando nos doentes como números e não como pessoas, além de transferir à sociedade uma responsabilidade que seria sua, Estado, ou seja, cuidar dos desamparados.

No ano seguinte, 1972, o deputado Celso Ramos Filho, representando o governo, discursa sobre as mudanças e a Assembléia foi palco novamente de áspersos debates em torno do tema. Após explicar detalhadamente o funcionamento e a eficácia da nova política, frisando que os doze ambulatórios de saúde mental já estavam concluídos, ele exemplificou números através da unidade de Tubarão, que teria atendido no mês de março 132 pacientes, dos quais apenas cinco teriam sido encaminhados à Colônia.⁵³

Como eu dizia há pouco, os méritos desta medida pela Secretaria, porque anteriormente, como era de conhecimento de todos os senhores deputados e mesmo críticas graves feitas nesta Casa, de que o Hospital Colônia Santana estava superlotado e os doentes não tinham aquele atendimento que deviam ter. Todavia, com esta medida adotada, com esta triagem, só chegarão à Colônia aqueles doentes pobres e que tenham realmente necessidade de serem internados.⁵⁴

⁵³ Diário da Assembléia, 15/05/72, p.8. Anais da Assembléia, 1972, vol. 1

⁵⁴ Idem

O entusiasmo do Secretário, no entanto, não foi compartilhado por muitos de seus colegas políticos. Alguns, como o deputado Dejandir Dalpasquale, acusaram o governo de estar fazendo a triagem apenas para diminuir os gastos do Estado. Outros, como o deputado Murilo Canto, foram mais adiante nos protestos, trazendo à tona questões relativas ao dia a dia dos municípios.

Realmente o Estado não está resolvendo o problema dos débeis mentais de Santa Catarina, e não tem condições morais de vir aqui dizer que através desta triagem tenha resolvido o problema. **Apenas tem sido cortada a oportunidade de muita gente se tratar** (grifo nosso). Não acredito que só esta medida tenha resolvido o problema dos doentes mentais em região alguma. Posso afirmar a V. Exa. que muita gente tem vindo para os nosocômios de débeis mentais, encaminhados sob a responsabilidade de médicos idôneos, dos quais não se pode duvidar, têm voltado para a sua região em situação bem pior. Apenas o Estado achou uma fórmula de atenuar o problema e na verdade nem isso está sendo conseguido. As prefeituras têm trazido para cá elementos em situação precária, e voltado com eles. **Conversei com diversos prefeitos que tem sofrido esse problema, e alguns deles me disseram que a solução é soltar o louco na cidade** (grifo nosso). A Secretaria de Saúde quis, de uma maneira simplória, digamos assim, resolver o problema dos débeis mentais de Santa Catarina, quando sabemos que na Colônia Santana mais da metade das pessoas que lá estavam internadas e, realmente precisavam de tratamento, foram, através, de sua família convocadas, de lá retirados e voltaram as suas residências, sendo que alguns deles nem a família tem condições de manter é o Estado que tem obrigação perante a população de Santa Catarina.⁵⁵

Mais do que a mera discussão política entre situação e oposição, entre aliados ou não, o que fica de mais visível destes debates, e que pode ser captado pelos olhos do historiador, é a proporção alcançada pelas mudanças implementadas na política de saúde mental em Santa Catarina. Maior expoente deste tempo, a Colônia Santana foi palco para inflamados bate-bocas. A questão maior que transparece é o destino das pessoas. Neste caso, estamos falando de vidas, de pessoas que respiram, comem,

⁵⁵ Idem

apaixonam-se, enfim, pessoas e não números, como normalmente é tratado o povo. Quando alguém, como o deputado Murilo Canto, argumenta que – sejam quais forem seus interesses políticos – , muitas vezes, aos prefeitos, não resta outra solução senão a de “soltar o louco na cidade”, estamos diante de um dilema ético gravíssimo. Cada pequena história, cada fragmento desta enorme torre de babel que foram as transformações da Colônia Santana, guardam, com certeza, material suficiente para uma dissertação de mestrado.

Imaginemos cada uma destas pessoas, cada qual com sua história, com uma rede de relacionamentos sociais que a precedem, com a carga de internações e ainda com o rótulo de louco a estampar-lhe a face e assustar a sociedade “civilizada”. Acima de uma medida econômica ou política, o esvaziamento da Colônia Santana é um drama humano.

1.5. “Será que isso foi bom?”

O resultado desta política foi a concessão de alta a mais da metade dos pacientes da Colônia Santana em pouco mais de um ano. Em 1972 são apenas 1072 internados.⁵⁶ "Será que isso foi bom?", questiona o doutor Bertelli. O rápido esvaziamento e as medidas tomadas para que ele acontecesse geraram polêmica. Muitos teriam sido os pacientes que, abandonados ou recusados pelas famílias e sem condições de continuar no hospital, receberam alta mesmo assim.

As famílias, às vezes, não recebiam os doentes de volta, num processo que unia temores psicológicos e incapacidade financeira. Receber um doente mental em casa, sem ter a exata noção de como ele se comportaria após o período de internação na

⁵⁶ SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, 1998. p.13

Colônia Santana, foi uma situação que afligiu muitas famílias neste período. Um caso, por exemplo, da sra. V.L., ilustra bem o fato. Ao receber a comunicação de alta do marido, ela imediatamente recorreu à direção do hospital, solicitando a permanência dele na instituição. Como forma de reforçar sua argumentação, contou com o auxílio do padre de sua comunidade, que enviou pessoalmente uma carta ao diretor, frisando as anteriores ameaças de morte feitas pelo marido e a preocupação desta com os filhos, “porque toda mãe quer ter a certeza moral da sobrevivência dos próprios filhos”.⁵⁷

"Eu encontrei doente, aqui no mercado público, pedindo esmola", lembra o doutor Bertelli. E completa: "e tinha outra coisa, tinha muito paciente daqui que ia para a cadeia. Para a família não, eles iam para as cadeias. Com vários aconteceram isso." De qualquer forma, a política de esvaziar a Colônia Santana mostrou-se irreversível ao longo dos anos, diminuindo consideravelmente o número de pacientes a cada novo censo realizado pela secretaria de saúde, chegando hoje a pouco mais de seiscentos.

O doutor Alan Índio Serrano contrapõe estes argumentos sobre a visibilidade social do ex-interno e sua carga negativa.

Note-se que os argumentos a favor de manter estas pessoas no macro-hospital (como o de que uma delas foi vista pedindo esmolas ou trabalhando no Mercado Público) nunca são argumentos médicos: não se diz que estavam alucinando ou delirando e não tinham quem as atendesse. Até porque os alucinados e delirantes, encontrados em locais públicos, se em estado grave, são levados pela polícia ao hospital. Os argumentos são sociais. E, afinal, trabalhar no mercado público não seria um sinal de boa integração social? Pedir esmolas não seria apenas um sinal de pobreza? Pobres sem doença mental também não pedem esmola? O estado tem obrigações sociais para com todos os cidadãos, independentemente de serem doentes mentais ou não. Não são as instituições psiquiátricas, nem as ginecológicas, ou as de qualquer outra especialidade médica que se deveriam encarregar de fazer a assistência social. Para tanto, o estado precisa ter outros mecanismos, independentes dos hospitais e dos serviços médicos. Quando se tratar de crise psicótica, de problema de saúde não tratável

⁵⁷ MARQUES, Elisa Paula. Op. Cit. p.48

em ambulatório, então as pessoas poderão ser encaminhadas ao hospital, onde devem permanecer por alguns dias, até melhorarem.⁵⁸

Ainda em 1973, e nos anos seguintes, os debates em torno do tema continuavam, principalmente, na Assembléia Legislativa, palco público dos questionamentos. É interessante tentar entender estes acontecimentos utilizando, como um dos pontos de vista, os anais da Assembléia dos Deputados. Em meio a diversas auto-homenagens ou aos companheiros de legislação, os deputados discutem muito sobre temas que, externamente, parecem apenas – pejorativamente falando – “coisa do povo”, como futebol e televisão. É claro, são eles os legítimos representantes do povo e a Assembléia, vez por outra, é lembrada como “casa do povo”, então, nada mais natural que se discutam temas corriqueiros do cotidiano popular. No entanto, é curioso, especialmente pela quantidade em que tais assuntos, principalmente o futebol, aparecem.

No caso das transformações na Colônia, os debates estão todos concentrados depois de suas implantações, com pouco ou nada citado anteriormente. Em relação ao Manicômio Judiciário, como veremos mais adiante, o processo foi ainda mais rápido. E não há, nesse caso, avaliações posteriores.

Mas eu não posso concordar, absolutamente, [...], de que as pessoas irrecuperáveis, débeis mentais comprovados, voltem ao seio da família depois de quinze anos de internamento. Eles não têm nem mais condições, há não ser que estejam totalmente recuperados. Então, neste ponto nós não concordamos com a Secretaria da Saúde, porque, além do mais, loucos andam por aí aos montes. Não há dúvida nenhuma, mas não é por isso que nós achamos que aqueles que lá estão tentando uma recuperação, e muitos deles irrecuperáveis, voltem ao seio da família, transtornando não só a família, como a própria sociedade onde ele irá conviver.”⁵⁹

⁵⁸ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

⁵⁹ Diário da Assembléia, 20/02/73, p.11. Anais da Assembléia, 1972, vol. 2

Nestas palavras do deputado Delfim Peixoto Filho estão concentrados, sinteticamente, as principais dúvidas, argumentos e angústias daqueles que se manifestavam contrários ao novo sistema. Em primeiro lugar, a dúvida em acreditar que alguém possa estar totalmente recuperado, apto a se reintegrar com a sociedade, após quinze anos de internação. Será mesmo que pode? Acredito que a pergunta melhor seja a inversão dos papéis: estariam as pessoas preparadas para conviver com alguém que passou os últimos quinze anos num hospital psiquiátrico?

Num segundo momento, o deputado, talvez procurando ironizar (como saber?), frisa que “loucos andam por aí aos montes”, mas que a volta para casa de ex-internos da Colônia termina apenas por transtornar a família e a sociedade. É sempre presente essa preocupação com a “família”, e, conseqüentemente, com a “sociedade”. Aquela é o pilar desta, ou seja, famílias bem estruturadas gerariam sociedades bem estruturadas. O louco, desajustado da ordem, não se encaixa nesta estrutura salutar. Como lidar com ele? Como cercá-lo de cuidados, sem, entretanto, isolá-lo, ou pior, torná-lo um peso ou uma ameaça para os que convivem proximamente. E se, na contrapartida, invertemos a fala do deputado e perguntarmos: a família e a sociedade não irá ser um transtorno ao louco, não sabendo ela conviver com alguém que, em última instância, é apenas “diferente” e não necessariamente agressivo ou perigoso?

Quando apresentou-se novamente à tribuna, no final do ano de 1973, o Secretário de Saúde, Prisco Paraíso, apresentou, empolgado, os resultados conseguidos até aquele momento com a nova política, salientando o fato de Santa Catarina estar sendo pioneira com o novo modelo e que, devido ao sucesso, o governo federal querer implantar no resto do país medidas semelhantes.

De início imaginávamos que esses ambulatórios fossem em pequeno número, que dada à extensão de Santa Catarina 12 postos de saúde mental não fossem suficientes. A experiência, contudo, mostrou que a programação vai sendo cumprida com êxito e a Colônia Santana, o único hospital oficial a atender pacientes, que apresentava uma capacidade de 1400 leitos e que tinha 2200 pacientes, aproximadamente, hoje está trabalhando, já há algum tempo, em regime de vagas permanentes para possíveis candidatos que se apresentam. Então, este novo focalizar do problema de saúde mental contou também aqui com a Organização Panamericana de Saúde, como órgão de apoio técnico e de inspiração pela preparação que faz conosco de médicos clínicos para o atendimento desses ambulatórios de saúde mental; e senão possuímos os especialistas, os psiquiatras, mas alguma coisa de efetiva precisava ser feita. Então foi feito um treinamento em duas semanas, para médicos clínicos que estivessem voltados para a importância do problema, e, diante do êxito da programação, no ano seguinte, posto que o primeiro curso foi realizado em 71, e em 72 em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, realizamos em 6 meses um treinamento com objetivo já de adequação de médicos para o exercício propriamente da psiquiatria, não de médicos clínicos para o atendimento de emergências psiquiátricas.⁶⁰

Desta vez, ao contrário de outras oportunidades, não houve argumentações contrárias, apertes inflamados, intervenções de praxe. O novo modelo, apesar das críticas e dos conflitos éticos levantou, era, do ponto de vista frio dos números, um sucesso. A Colônia Santana teve sua capacidade de atendimento reduzida e o problema de vagas, que parecia eterno, solucionou-se. O custo com saúde mental diminuiu e o atendimento, pelo menos em tese, ficou mais próximo da população, em ambulatórios regionais. A criação de equipes multidisciplinares, reunindo outros profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, contribuiu como uma via de mão dupla: trouxe novos olhares sobre a questão da doença mental e proporcionou novos postos de trabalho no Estado.

⁶⁰ Diário da Assembléia, 30/11/73, p.3. Anais da Assembléia, 1973, vol. II

A Organização Panamericana de Saúde teve importância fundamental nos rumos que a psiquiatria catarinense, observada através da Colônia Santana e, posteriormente, do Manicômio Judiciário. Como citou o Secretário, ela ofereceu treinamento aos médicos clínicos, para que pudessem atender nos postos de saúde, fazendo às vezes de psiquiatra. O doutor Bertelli lembra que não havia psiquiatras em Santa Catarina, tendo de ser trazidos de outros estados, como ele próprio, vindo do Paraná. Aos poucos, começaram a se formar três, quatro por ano, na universidade, até chegar, segundo ele, a um número próximo dos 60 anuais, hoje em dia.⁶¹

Em meio a essas mudanças, surgiu o Manicômio Judiciário de Santa Catarina. "[...]a edificação do pavilhão Manicômio nos terrenos da penitenciária do Estado, com o auxílio de verbas federais, de lá irá retirar os delinquentes insanos, do sexo masculino, fazendo assim cessar uma convivência perigosa com os demais alienados."⁶², atesta o governador Ivo Silveira na mensagem à Assembléia Legislativa em 1967, referindo-se a perspectiva de tranquilidade no horizonte da Colônia Santana.

Efetivamente, o Manicômio começou a sair do papel em 1970, com o projeto de lei nº 131, submetido pelo governador Ivo Silveira à Assembléia Legislativa, em 10 de dezembro daquele ano. Em seu despacho, o governador afirma que o Manicômio Judiciário é uma “velha aspiração que mais se acentuava quanto mais se ampliavam os serviços da Justiça em Santa Catarina, [...], vem preencher uma sensível lacuna na

⁶¹ BERTELLI, João Harold. Op. Cit.

⁶² SILVEIRA, Ivo. **2ª Mensagem anual apresentada à Assembléia Legislativa do Estado, em 15 de março de 1967.** p. 209-210. Florianópolis: Arquivo Público de Santa Catarina.

Organização Penal Catarinense, representando apreciável passo no sentido de sua complementação e aperfeiçoamento.”⁶³

O processo foi bastante rápido e o relator, o deputado Fernando Caldeira Bastos, emitiu o parecer favorável apenas dezenove dias depois, às vésperas do final do ano. Num texto sucinto, o deputado, assim como o governador, afirma que o Manicômio é uma “velha aspiração”. E acrescenta: “Não se compreendia, mesmo, a sua inexistência em um Estado culto como o nosso e dá ao Brasil um exemplar sistema penitenciário.”⁶⁴

Conhecimento sobre o Manicômio, porém, não se tornaria, aparentemente, uma das maiores qualidades dos deputados. Além de ser pouco referido nos anais da Assembléia e mesmo sua implantação, quando autorizada, ter sido realizada quase sem debates, um caso interessante dá uma pequena amostra desse desconhecimento.

O deputado Waldir Buzatto ocupou a tribuna para fazer denúncia contra supostas irregularidades que estariam sendo cometidas na administração da Penitenciária. Denúncia esta feita com base no depoimento colhido de um interno, o senhor G. M. da L. O teor principal girava em torno de corrupção por parte dos funcionários.

Para rebater as acusações, o deputado Bulcão Vianna ocupa a tribuna no dia seguinte, fazendo-o, porém, de forma confusa, já que admite que o teor principal da denúncia é verdadeiro, mas tenta desqualificar o acusador enaltecendo a penitenciária de Florianópolis como uma instituição modelo. Para conseguir desqualificar o interno que

⁶³ SILVEIRA, Ivo. Projeto de Lei nº 131/70. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Setor de Documentação.

⁶⁴ BASTOS, Fernando Caldeira. Parecer de Projeto de Lei nº 131/70. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Setor de Documentação.

fez a denúncia, Bulcão Vianna lê um trecho do parecer psiquiátrico formulado pelos doutores Diogo Nei Ribeiro, Luiz Lupi e Pedro Largura. A conclusão é a seguinte:

“A inexistência de déficit intelectual, ou de psicose, aliada a distúrbios de conduta, nos levam ao diagnóstico de personalidade psicopática, com características de reivindicção e de querelância.”

Após ler este trecho, o deputado Bulcão Vianna foi interrompido pelo deputado Murilo Canto, que mostra-se indignado pelo fato da penitenciária abrigar doentes mentais, quando deveria ter um lugar apenas para “os infratores normais da lei e não psicopatas”. Segue dizendo: “Achamos que está errada a direção da Penitenciária, quando deixa em suas instalações um doente mental. Deveria, isto sim, encaminhá-lo a uma casa psiquiátrica.”

O deputado Zany Gonzaga intervém e explica que o paciente em questão sofre de distúrbio mental, mas que não é um doente mental. E completa: “Este cidadão está sob cuidados do Manicômio Judiciário que é o lugar adequado para este tipo de delinqüente. Neste estabelecimento, há uma equipe de médicos liderada pelo Dr. Pedro Largura que dá assistência a estes casos.”

Aparentemente, o problema do sentenciado era enviar correspondências. O fazia às autoridades do Estado e, até mesmo, “fora dele”. Para o deputado Bulcão Vianna, G.M. da L. sofreria de uma “psicose de escrever cartas”.

Não bastassem os palpites e a falta de informação sobre a instituição, uma discussão em torno da obra de Erasmo de Rotterdam, *Elogio da Loucura*, encerra com chave de ouro a questão. O deputado Antônio Pichetti intervém dizendo: “Achamos que este cidadão escreve para todo mundo. Faz alguns anos que recebemos uma carta do mesmo, mas com um brinde, ou seja, o livro ‘Elogio da Loucura’.”

O deputado Murilo Canto intervém novamente, para soltar uma pérola: “[...] há muita coisa a se fazer nesta Penitenciária, **até trocar os livros na biblioteca** (grifo nosso), porque segundo o deputado Antônio Pichetti, S. Exa. recebeu um livro intitulado “Elogio da Loucura”.⁶⁵ Sem comentários.

Funcionando anexo ao presídio de Florianópolis, o Manicômio Judiciário de Santa Catarina, que atualmente é conhecido como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, foi inaugurado em dezembro de 1970, passando a funcionar no dia 7 de janeiro de 1971, apenas três dias após a assinatura, pelo governador, da lei que autorizou sua criação.⁶⁶ O primeiro diretor foi o doutor Júlio César Gonçalves, que ficou pouco mais de quatro meses na função. Com a troca de governo, o cargo, a partir de abril de 1971, passou a ser exercido pelo psiquiatra Pedro Largura, ainda hoje do quadro de professores da UFSC e diretor do serviço psiquiátrico do Hospital Universitário, que ficou na função em torno de vinte anos. Subordinado à Secretaria da Justiça, o Manicômio abriu as portas com 45 leitos e nove peritos, segundo o funcionário Silvio Agostinho, que trabalha na instituição desde o início.

A criação do Manicômio Judiciário de Santa Catarina foi, portanto, em última instância, fruto de um lento processo que envolveu debates e transformações na psiquiatria estadual, assim como na Colônia Santana, o único hospício público do Estado. Sua instalação foi resultado direto de uma política que visava colocar o “louco criminoso” num local específico, já existente em diversas partes do mundo e também no

⁶⁵ Diário da Assembléia, 04/04/77, p.05-7

⁶⁶ GOMES, Op. Cit. p.21

Brasil. O diferencial é que o momento de sua criação, início da década de 70, foi um período extremamente significativo dentro da psiquiatria, tanto no contexto internacional quanto no interno, tornando assim a implantação de uma instituição como essa em solo catarinense um marco não só para a psiquiatria, como também para o sistema judiciário.

CAPÍTULO 2

DE MANICÔMIO JUDICIÁRIO A HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: SUAS HISTÓRIAS E SEUS INTERNOS

“Legal”, “Tô curtindo”.
Comentários do paciente G.F.F., quando indagado
pelos psiquiatras sobre sua estada no Manicômio.¹

Diante do desafio de investigar uma instituição como o Manicômio Judiciário, algumas questões se colocaram mais visíveis, desde o momento de elaboração do projeto até o contato empírico com as fontes. Assim, este capítulo reserva espaço para destacar o Manicômio propriamente dito, a instituição e seus internos. Traçada, no primeiro capítulo, a trajetória que levou até o momento de sua inauguração, o capítulo dois está reservado a mostrar o início da instituição e sua dinâmica interna. Para esse intento, pontua-se o capítulo com algumas discussões, tais como a peculiar condição do Manicômio: seria ele um hospital ou uma prisão?; ou ainda uma abordagem sobre o grande número de casos envolvendo drogas, que terminaram com a internação de usuários sob a alcunha de “loucos”; ou ainda a historicização do ritual que envolve o exame psiquiátrico.

Além disso, há espaço também para abordar questões que surgiram como curiosidade ao longo do trabalho, como a condição do “liberto”, o interno que volta à sociedade e a relação existente entre “loucura” e sociedade através dos olhos do cinema, que contribuem para formar o imaginário popular acerca da questão.

¹ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº02/091. G.F.F. (sem mais informações).

As principais fontes para este capítulo foram, sem dúvida, os prontuários disponíveis no Manicômio Judiciário. Através deles é que foi pintado o quadro que enfeita esta sala, na qual o leitor está agora convidado a entrar.

2.1. O MANICÔMIO

*Um chapéu, um par de sandalha, uma sinta, treis camisa,
uma bruza, um paletó, cinco calças, um par de sapato,
uma caniseta.²*

O relato acima está presente, de forma muito semelhante, em todos os prontuários. São os registros dos pertences pessoais dos pacientes, feitos na hora da entrada no Manicômio, por um funcionário ou, às vezes, por um enfermeiro. Em todos, os erros de português são gritantes, dando a entender que o responsável pela recepção era tão ou mais analfabeto que o futuro interno, já que o analfabetismo era a principal condição educacional da grande maioria daqueles condenados ao Manicômio.

“A pior doença que existe, para mim, é a loucura. O câncer, pelo menos, você sabe que vai morrer. Mas e a loucura? Pode durar a vida toda.” Esta foi uma das primeiras afirmações que ouvi no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, outrora Manicômio Judiciário de Santa Catarina, por parte da telefonista, enquanto aguardava ser atendido pela diretoria da instituição, a fim de resolver os trâmites burocráticos visando a viabilização de acesso à documentação.

Quando se adentra a uma instituição assim, as expectativas são enormes. Um misto de ansiedade e tensão é inevitável, afinal de contas, não são todos os dias que se

² MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 02/0064. A.R., branco, viúvo, 57 anos, lavrador.

toma contato com uma realidade tão diferente do nosso cotidiano. Além disso, temos uma série de pré-conceitos a respeito de um hospital, ou de um hospital-prisão, como é o caso do Manicômio, formadas por uma vida inteira de leituras, de referências culturais distintas, por imagens eternizadas no cinema. Mas bastaram alguns momentos para que a aura de lugar aterrorizante desse lugar ao comum, ao trivial.

Já possuía experiência prévia de quase dois anos freqüentando semanalmente a Colônia Santana, o primeiro hospício público de Santa Catarina, antes de tornar-me um assíduo freqüentador do Manicômio Judiciário. Talvez por isso minha ansiedade em saber o que iria encontrar nas fontes e como seria o relacionamento interpessoal fosse equiparada à de embarcar numa nova realidade. O Manicômio Judiciário, hoje Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que encontrei era muito diferente daquele que outrora existiu ou que minhas projeções pudessem alcançar. Havia pouco mais de dois anos que uma reforma isolou a área administrativa do restante da instituição. Na prática, isso significava não ter praticamente nenhum contato com os internos, nem mesmo visual, a não ser com aqueles que exerciam trabalho na administração, como auxiliar de limpeza, por exemplo.

Esta separação, segundo os funcionários, deixou as coisas mais “tranqüilas”. Não que anteriormente fosse difícil ou perigoso trabalhar ali. Afirmar isso seria leviano e mentiroso, pois não tenho argumentos para tanto. E o Manicômio viveu diferentes fases, em diferentes administrações, que podem ou não ter sido eficientes. Não cabe aqui julgar nada disso. Mas a afirmação de maior “tranqüilidade” veio do fato da nova estrutura evitar que, diariamente, os funcionários assistissem a conflitos entre agentes prisionais e internos, algo comum no dia a dia de uma instituição penal. Conflitos esses que, às vezes, podem se tornar mais violentos. Segundo os relatos de um dos

funcionários, que eu me reservo o direito de não citar o nome, numa determinada oportunidade aconteceram três tentativas de suicídio num único dia, sendo que apenas uma terminou efetivamente em morte. O “clima”, segundo ele, era pesado, a ouvir gritos de internos ou dos agentes. No novo modelo arquitetônico isso não mais acontecia, já que a distância física era suficientemente grande para evitar contato.

Durante a realização da pesquisa, encontrei denúncias de violência contidas nos prontuários. Uma delas partiu de S.G.C., paciente de 54 anos, que sempre insistia que sua verdadeira idade era 25. Na consulta realizada em 31/01/72, ele relata uma agressão. Segundo ele, teria levado um “coice” de um guarda, não sabendo, no entanto, reconhecer o agressor, lembrando-se apenas que era louro e alto. O diretor do Manicômio, dr. Pedro Largura, ordenou investigação da denúncia, porém o resultado não está descrito.³

Um outro relato é mais detalhado, partindo de um militar. Ficou menos de dois meses internado e o laudo o considerou totalmente normal, apesar de um pequeno histórico familiar negativo. No entanto, uma carta endereçada ao Dr. Largura e a um enfermeiro ilustra com detalhes uma conflituosa relação entre agentes e/ou enfermeiros e os internos do Manicômio Judiciário.

Marconde (enfermeiro)

Não estranhes o meu procedimento pois, se estivesse nas mesmas condições que eu compreenderias-me.

Porém se todos se portassem de maneira humanitária como tu, este ambiente seria diferente.

Não podendo mais permanecer entre estes analfabetos brutos e covardes tentarei procurar meus direitos lá fora.

Por isso peço-te de fazer chegar as mãos do Dr. Pedro a carta anexa explicando os motivos da minha fuga.

Só espero que não seja prejudicado por algo que me obrigam a proceder.

³ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 01-0027. S.G.C., 54 anos, lavrador.

Desde já obrigado.

Fpolis, 28 de abril de 1973

Dr. Pedro Largura

Lamentavelmente as circunstâncias exigem não a minha fuga e sim a minha ausência, devido a fatos que vem acontecendo freqüentemente, estes de natureza indecorosa por parte de certos funcionários desta repartição.

Existem logicamente os que possuem elogiavel brio, porém, são raros dando assim um número vantajoso de elementos que se escondem sob certos aspectos para manchar não só o bom nome da casa, como também, o da própria direção.

Tais elementos não são merecedores de figurar no quadro de funcionários desta repartição, pois desconhecem as maneiras de tratar com doentes mentais que sobretudo são seres humanos e necessitam de carinho e compreensão, não de brutalidade como esta aqui acontecendo.

Tais fatos acredito, são completamente incógnitos aos membros da direção dêste manicômio, que podem ser apurados com instauração de uma sindicância, tomando-se por têrmo as declarações dos detentos e reclusos que se encontram sob vigilância.

Não procuro desta maneira escapulir para outras bandas, me encontrarei junto a meus superiores providenciando minha transferência para outra casa de saúde, pois já não possuo força suficientemente adequada para suportar humilhações e agressões por parte dêstes elementos que se escondem sob a aparência de seres humanos, porém não passam de verdadeiros animais irracionais.

Não resta dúvidas quanto a necessidade de laudo médico expedido por esta repartição entretanto, sujeito-me a ser prejudicado e excluído das fileiras da Polícia Militar do Estado, deixando assim de ser um representante de Ordem Pública a qual proteji recebendo tiros e mais tiros no decorrer de diligências, de elementos sanguinários e que não fazem júz a sociedade.

Talvez minha família venha a perecer com a minha doença e com a falta de produtos destinados a sobrevivência humana, entretanto, deixo nas mãos de Deus o meu destino e daqueles que me são caros, minha espôsa e meu filhinho.

É o que tenho a alegar.

Ele realmente fugiu, indo para o Hospital Militar, sendo trazido de volta ao Manicômio no dia seguinte.⁴

Alguns internos trabalham no Hospital de Custódia, inclusive no setor de administração. A atividade laboriosa contribui para a reabilitação. Enquanto pesquisava os prontuários, um deles era responsável pela limpeza da sala. Era muito quieto, sempre

⁴ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 02/0075. E.A.K., branco, casado, 26 anos, 3º sargento.

com a cabeça meio abaixada, no entanto bastante educado, sempre saudando um entusiasmado “bom-dia” todas as manhãs, algo não muito comum de se ouvir nestes tempos de estresse coletivo tão alto, em que geralmente uma saudação educada é seguida de uma expressão de surpresa: as pessoas se desacostumaram a serem educadas.

Num determinado dia, perguntei a um funcionário o que aquele homem havia feito. Que crime cometera para estar ali. A resposta pegou-me de surpresa. Segundo o funcionário, o educado e disposto auxiliar de limpeza sofria de uma compulsão violenta e assassina. Ele, ao apaixonar-se por uma mulher, matava-a. Não tinha ele desejo sexual, nem vontade de demonstrar amor, convidar para sair, um prosaico programinha a dois, constituir família, enfim, qualquer uma dessas coisas que motivam uns a flertarem com os outros desde que o mundo é mundo. Para ele, a única motivação era matar. Expressava nesse ato aquilo que julgava amor.

Confesso que, desde aquele dia, não o olhei mais com os mesmos olhos. É óbvio, sabia que algum crime ele tinha cometido para estar ali. E ele havia sido julgado por profissionais competentes, passado por perícia, trilhado um longo caminho jurídico e médico até tornar-se auxiliar de limpeza no Manicômio. Não cabia a mim exercer sobre ele mais qualquer julgamento, isso já havia sido feito. No entanto, nos dias seguintes, ao encontrá-lo, e responder ao seu entusiasmado “bom dia”, foi impossível não pensar nas suas vítimas, pessoas cujo destino foi ceifado simplesmente por uma atração sentimental. Fiquei pensando em como seria sua adaptação à sociedade, se um dia viesse a sair dali. Isso me motivou a escrever um sub-capítulo explorando esta faceta daquele que, em alguns momentos, é aqui chamado de “louco-criminoso”.

O Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina funciona anexo ao presídio de Florianópolis. Seu primeiro diretor foi o Dr. Júlio César Gonçalves, figura

importante da psiquiatria catarinense e que foi personagem ativo nas mudanças que envolveram a reorganização administrativa da Secretaria de Saúde do Estado. Ele, no entanto, permaneceu pouco tempo na função, pouco mais de três meses, sendo substituído pelo Dr. Pedro Largura. A troca foi motivada por interesses políticos. O doutor Julio Gonçalves assumiu no fim do governo Ivo Silveira. O Dr. Pedro Largura havia se comprometido com o governador seguinte, Colombo Salles. Segundo o Dr. Largura, a situação deixou um certo “mal-estar”, mas como ele havia se comprometido com o governador Colombo Salles, não poderia voltar atrás.⁵

O Dr. Pedro Largura foi diretor do Manicômio Judiciário por quase vinte anos. Marcou sua passagem pela instituição com uma atitude conciliadora, sendo comum encontrar nos prontuários elogios feitos a ele pelos próprios internos. Pessoas ouvidas no Manicômio e em outros locais também foram bastante elogiosas em relação a ele. Uma pessoa “sedutora” chegou a me descrever uma delas. Fui entrevistá-lo num chuvoso fim de tarde de setembro, em seu consultório, num horário agendado entre duas consultas. A entrevista durou cerca de uma hora. Evidente que se houvesse mais tempo, poderíamos ter conversado mais, no entanto o doutor tinha uma agenda lotada, igual a tantos de nós que passamos os dias a correr para cima e para baixo, por vezes fazendo tudo de forma tão automática que nem nos damos contas do porquê. Filosofias à parte, a conversa foi extremamente produtiva e eu pude conhecer pessoalmente um dos nomes que mais havia ouvido nos últimos dois anos. Como todos os psiquiatras que conheci nesse período de pesquisa envolvendo o tema da “loucura” – quatro anos ao todo, dois com a Colônia Santana e dois com o Manicômio Judiciário – o doutor Largura fala

⁵ LARGURA, Pedro. Entrevista concedida a Marcos Costa Melo, em 10 de setembro de 2003. Disponível no Laboratório de História, Saúde e Sociedade – Departamento de História/UFSC.

baixo e pausadamente, um recurso que demonstra calma e tentativa de controle da situação. É óbvio, alguém que fala de forma pausada e segura é muito mais respeitada que alguém que fala sem parar, atropelando as palavras, demonstrando visíveis ansiedade e tensão. Além do que, também transmite calma a quem se está conversando. Essa deve ser uma das primeiras lições da faculdade de medicina.

Naquele momento, não era um paciente, mas sim um historiador entrevistando um dos nomes mais citados em sua pesquisa. Não conheci o doutor tempo suficiente para encantar-me como muitas pessoas, mas é sem dúvida uma pessoa extremamente educada, conhecedora do que faz e, pareceu-me, apaixonada pela profissão que escolheu. Sua figura, a de um senhor magro, calvo, com poucos cabelos brancos, de fala pausada e que no dia da entrevista bebia muito refrigerante, parece a de um avô que todos nós tivemos ou queríamos ter tido. A figura do ancião que passa os conhecimentos às novas gerações.

Formou-se na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na terceira turma de Medicina, e foi para São Paulo fazer pós-graduação. Quando voltou, trabalhou na Colônia Santana e abriu um serviço de eletroencefalografia junto com o dr. Bertelli. Após dois anos na Colônia Santana, foi convidado para assumir o Manicômio Judiciário pelo futuro governador do Estado, Colombo Salles.⁶

Foi então ao Rio de Janeiro e conheceu o diretor do Manicômio Judiciário carioca, a fim de aproveitar-se da maior experiência e conhecimentos daquele profissional no que se referia ao trato com criminosos. Afastou-se da Colônia Santana ao voltar e dedicou-se a implantar instituição semelhante em Santa Catarina.⁷

⁶ Idem

⁷ Idem

De início houve uma certa resistência, não tanto nos aspectos políticos, mas por parte dos próprios psiquiatras, um certo “receio” por entrar numa área nova, ligado ao sistema prisional.⁸ Até então Santa Catarina ainda não havia experimentado esse tipo de instituição. O “louco-criminoso”, como já foi demonstrado ao longo do primeiro capítulo, era posto na prisão, junto a presos comuns ou então era levado à Colônia Santana, onde sua convivência com os demais internos raramente resultava em algo positivo. Nem mesmo a criação, na Colônia Santana, de uma ala chamada de “Manicômio Judiciário” foi suficiente para profissionalizar o atendimento. Somente com a criação do Hospital de Custódia é que esse atendimento ganhou novos ares.

Entre as principais medidas implantadas visando melhorar o atendimento e o ambiente de trabalho no Manicômio, o doutor conta que realizava reuniões semanais com os pacientes, o diretor técnico, médicos, chefe dos agentes prisionais, psicólogos, chefe do serviço social, enfim, todos aqueles que estivessem diretamente ligados ao dia a dia da instituição, além de permitir também a participação dos internos, podendo estes se manifestarem livremente, fosse para elogiar ou, mais provável, reivindicar algum direito. Desta maneira, segundo ele, a relação tornava-se muito mais clara e fácil de administrar, pois os problemas seriam públicos e resolvidos de forma coletiva.⁹

Além disso, conta ele, em sua época, fazia uma espécie de “terapia” com os funcionários, todas as semanas, nas reuniões, para melhorar o ambiente. Uma “quase terapia”, nas suas palavras.¹⁰

⁸ Idem

⁹ Idem

¹⁰ Idem

Segundo Cooper, porém, as famílias dos pacientes psiquiátricos, empregadores, clínicos gerais, funcionários das instituições psiquiátricas, polícia, magistrados, assistentes sociais, psiquiatras e enfermeiros podem ser muito sinceros e dedicados aos pacientes, mas desenvolvem uma violência sutil contra o objeto de seus cuidados. As boas intenções e todas as pompas da respeitabilidade profissional encobrem uma realidade humana cruel. Para Cooper, essa violência, deve ser evidenciada como ação corrosiva da liberdade de uma pessoa sobre a liberdade de outra. Mesmo que não se trate de agressão física, que também pode ocorrer, a ação livre de uma pessoa é capaz de destruir a liberdade de outra, ou, ao menos, paralisá-la pela mitificação.¹¹

2.2. PRISÃO OU HOSPITAL?

Ao ser indagada sua profissão, respondeu:
 “Chefe geral da Nação, e que eu já deveria saber.”
 “Teria 23 a 24 trilhões de cruzeiros a serem cobrados,
 mas iria cobrar somente 10 trilhões.”
 “Falei com Cristo e ele me disse que eu tenho bicha.” (verminose)
 “Posso falar pela televisão ou rádio estando na frente do aparelho”
 18/09/73: Nesse dia, relatou que Deus lhe disse que
 para ficar curado da “idéia” bastava ter relação com mulher.
 “O presidente falou comigo pela TV lá de Pernambuco”,
 “O Geisel também falou”. Posto em dúvida ele respondeu:
 “Não acredita que eu falei também com Jesus Cristo?”¹²

Se o estigma da doença mental, por si só, já é um fardo pesado de se carregar, o que dizer então daquele que é também considerado um criminoso? Sobre ele, a alcunha de “louco criminoso”, duas das facetas mais intrigantes e misteriosas do ser humano

¹¹ COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967. p.35-6

¹² MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 02-especial/0100. O.J. de S. (sem mais informações)

reunidas em um único indivíduo. O que seria mais confortável, do ponto de vista judicial? Entregar-se ao sistema carcerário comum, no qual a pena máxima é de 30 anos, sendo possível, através de uma série de subterfúgios jurídicos, cumprir um terço da pena e ganhar a liberdade ou requisitar um exame de sanidade mental e conseguir a internação num Manicômio Judiciário, tendo aí, supostamente, mais facilidades do que encontraria numa prisão comum? A pena, no entanto, numa instituição como o Manicômio, pode ser superior aos trinta anos do sistema tradicional e isso se comprova em pacientes que estão no manicômio catarinense desde a inauguração, há mais de trinta anos.

Em sua tese, “Um estudo jurídico e político sobre saúde mental”¹³, Josel Machado Côrrea debruça-se sobre a questão da perda dos direitos do doente mental, em contrapartida a dos “privilégios” de um preso comum. Utilizando-se de um raciocínio de Tomas Szaz, famoso médico americano autor de “O mito da doença mental”, Côrrea sintetiza assim seu discurso:

O confinamento do doente mental em um hospital psiquiátrico constitui um arranjo social pelo qual uma parte da sociedade assegura para si certas vantagens às custas da outra parte. Tal opressão, deve-se respaldar em alguma ideologia para justificar seus objetivos e ações, recrutando o poder policial do Estado para impor sua vontade aos oprimidos. Esse poder estatal é legítimo quando cidadãos que acatam a lei punem os fora da lei. Enquanto doentes mentais são submetidos ao controle coercitivo do Estado, porque pessoas mais poderosas os rotularam como psicóticos, os criminosos são submetidos a tal controle porque violaram regras legais, aplicáveis igualmente a todos. **Assim, o objetivo principal de aprisionar os criminosos é proteger a liberdade dos membros da sociedade que acatam a lei.** (*grifo nosso*) O confinamento para os doentes mentais não é derivado de uma ameaça à liberdade, da mesma forma a prisão do criminoso não pode ser justificada por iguais fundamentos. **A justificativa para o confinamento deve ser a promessa terapêutica. Mas, se isso só pode ser realizado às custas da privação da liberdade do**

¹³ CORRÊA, Josel Machado. **Um estudo jurídico e político sobre saúde mental.** Tese (Doutorado em Direito). Florianópolis: UFSC, 1996.

indivíduo, na realidade é um castigo judicial tradicional, em que o acusado criminoso goza de uma rica série de proteções constitucionais enquanto o paciente psiquiátrico é privado de todos esses direitos. (grifo nosso)¹⁴

Na primeira vez em que estive no Manicômio Judiciário, ainda no ano de 2001, fazendo um levantamento de fontes para o então ainda projeto de dissertação de mestrado, o responsável jurídico da instituição, naquele momento (hoje e quando pesquisei a função já era exercida por outro profissional) corroborou aquilo que iria ao encontro da maioria da população, ou, como preferem alguns, do “senso comum”, ou seja, a de que a vida num hospital de custódia, numa instituição psiquiátrica seria mais “fácil”. E que, portanto, era muito comum o pedido de advogados para que seus clientes passassem pelo exame de sanidade mental e, assim, pudessem escapar da prisão comum, sendo levados ao Manicômio. Tal argumento ficou ecoando na minha cabeça. Principalmente, em função de um filme, *Um Estranho no Ninho*, do qual tratarei com mais detalhes a seguir, mas que, em linhas gerais, mostra um preso que, ao usar deste subterfúgio, termina seus dias de forma trágica num Manicômio Judiciário. Além disso, conversando com o orientador, a necessidade de se discutir este ponto ficou ainda mais evidente.

Ao que parece, o senso comum, neste caso, está errado. Especialistas ouvidos para esta pesquisa são unânimes em dizer que a estada num Hospital de Custódia pode se tornar uma experiência muito mais dolorosa que a de uma instituição penal tradicional, como um presídio ou uma penitenciária, por exemplo. É evidente que, neste caso, discutir qual seria a “pior” é quase desnecessário, seria como estabelecer um ranking de sofrimento, já que obviamente nem um manicômio nem uma prisão são

¹⁴ Idem, p.67

locais aonde qualquer um queira ser levado. No entanto, o objetivo é estabelecer e marcar diferenças, contribuindo assim para uma reflexão que questiona a imagem tradicional estabelecida, ou seja, a de que o melhor caminho para a liberdade passaria pelo Manicômio.

Um caso fichado nos prontuários do Manicômio Judiciário ajuda a ilustrar um pouco a questão. A.J.B., escriturário, foi preso por incendiar a casa da mãe. Permaneceu por seis anos na instituição, apesar de sua medida de segurança ter sido fixada por um prazo mínimo de dois anos. Seu prontuário tem momentos curiosos, como no exame psíquico, quando apresentou interessantes idéias de grandeza, como “tenho 180 filhos; sou o maior acionista da Sadia, dono da Shell e da Volkswagen”.¹⁵ Este paciente esteve internado outras vezes na Colônia Santana, em virtude de pequenos surtos, mas até então nada de caráter violento, como o crime que o levou ao Manicômio.

Num outro momento de seu prontuário, também em um exame psiquiátrico, no ano de 1976, já prestes a sair definitivamente do Manicômio (ele deixou a instituição em 1977), ele afirma estar “curado” e sorria para os médicos ao lembrar do seu “passado”. Creditava seu estado anterior ao fato de ter ingerido durante onze anos o medicamento Gardenal, pois o julgavam epilético, doença que, segundo ele, nunca teve. Ao ser questionado se sua euforia poderia ser considerada natural, ele desconversa e muda de assunto. O rumo tomado é intrigante. Relata que lamenta, unicamente, ter desaparecido um caderno com versos e poesias que escrevera há 20 anos quando morava em uma pensão em São Paulo. O caderno era espiral e tinha umas 100 folhas. Diz que isso poderia ajudá-lo, financeiramente, pois “os autores conhecidos compram músicas de autores desconhecidos”. Segundo ele, seria capaz de identificar

¹⁵ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 02/0092. A.J.B., catarinense, branco, casado, 38 anos, escriturário.

aproximadamente vinte músicas de sua autoria, gravadas ilicitamente sem direitos autorais, como por exemplo as letras de “deusa do asfalto” e “fantoche”, gravadas por Nelson Rodrigues. Segundo o psiquiatra responsável pelo exame, o paciente chegou a cantar trechos das músicas, visando reforçar sua tese. Já teria procurado instruções judiciais para processar esses casos mas não obteve resultado por falta de provas. Manifesta desejo de consultar o responsável jurídico do Manicômio Judiciário, mas não o faz porque receia ser outra vez “tachado de paranóico”. Por fim, alega ter descoberto que não era epilético por ter lido obras de Pavlon, Freud e Mira y Lopes.”¹⁶

Saiu em 1979, com liberdade vigiada, e dele nunca mais se teve notícias. Antes de conquistar a “liberdade”, porém, enfrentou também a resistência de fora, questão que será abordada novamente mais adiante, na questão do “liberto”. Sabedores da possibilidade de sua volta à comunidade, as pessoas de seu bairro se mobilizaram e pediram ao juiz responsável que intervisse junto a direção do Manicômio para saber as reais condições de seu estado mental, pois a comunidade estava “preocupada”, para usar o termo exato redigido no ofício encaminhado pelo juiz.

A.J.B. é um bom caso sobre a questão de ser ou não melhor a internação em manicômio ao invés da prisão. Pelo crime, queimar uma casa sem vítimas, com certeza, no sistema tradicional, não ficaria mais que um ano. No manicômio, acabou ficando seis, o triplo da medida de segurança inicial. Expirado o primeiro prazo, ele era submetido a novos exames anuais, que estenderam por quatro anos sua permanência na instituição, haja visto que os psiquiatras não o julgavam apto à retornar ao convívio em sociedade.

¹⁶ Idem.

Em relação a teoria do dr. Josel, o doutor Pedro Largura concorda. Ficar no Manicômio é muito pior que ficar na prisão comum. Os advogados realmente pedem sempre um exame de sanidade mental, mas ele acredita que seria mais para dar uma satisfação à sociedade ou a família. “Querem agradar o cliente ou a família.” Dali ele só vai sair quando cessar a periculosidade. “Eu não garanto pela minha”, brinca o doutor. Lembra o caso do Bandido da Luz Vermelha.¹⁷ “Quando ele deu a primeira entrevista, saindo da cadeia, eu disse: este sujeito está psicótico.”¹⁸

A maior dificuldade encontrada no Manicômio também é opinião compartilhada por Alan Índio Serrano:

Pelo que li e conversei com psiquiatras forenses, é corrente a observação, em todo o mundo, de que nos manicômios judiciários os internos permanecem por mais tempo do que ficariam na penitenciária comum, caso não tivessem um diagnóstico psiquiátrico. Sua alta é dada somente quando os técnicos presumem que esteja amenizada ou desaparecida a sua periculosidade. Daí a alegação de alguns, de que o doente mental, tendo cometido um crime, deveria ser julgado pelo crime e responder à pena pelo tempo previsto em lei. Esta nova visão implica em rediscutir pilares sólidos do direito, como o conceito de periculosidade, que é um termo criminológico, e não psiquiátrico.¹⁹

¹⁷ O “Bandido da Luz Vermelha” ficou famoso nos anos 60, quando invadia residências possuindo uma lanterna vermelha, após cortar a eletricidade local. Seu nome verdadeiro era João Acácio Pereira e foi preso acusado de quatro assassinatos, sete homicídios e 77 assaltos. Era um bandido violento, que por diversas vezes estuprou mulheres que encontrava nessas invasões. Porém, a violência, ao mesmo tempo em que é temida, exerce também um fascínio e o “Bandido da Luz Vermelha” foi, inclusive, tema de um filme de sucesso do cinema nacional, cujo título era homônimo ao do criminoso. Dirigido por Rogério Sganzerla e com Paulo Villaça no papel título, o filme foi lançado em 1968 e fez parte de um movimento conhecido como “cinema boca-do-lixo”, posterior ao cinema novo, que tentava fazer uma espécie de cinema-verdade, misturando, supostamente, realidade e ficção. O verdadeiro “Bandido da Luz Vermelha” foi solto em 1997, após cumprir trinta anos de prisão, o máximo permitido pela Constituição. Durante este período, ele sofreu diversos surtos psicóticos, que o fizeram ser internado diversas vezes em manicômios judiciários do país. Ao ser solto, declarava-se curado e com vontade de trabalhar e casar. Seu descontrole, entretanto, era evidente. Acabou assassinado apenas menos de cinco meses após ser posto em liberdade - não sem antes ser reinternado brevemente numa clínica psiquiátrica - com um tiro na cabeça, envolvido numa briga de bar.

¹⁸ LARGURA, Pedro. Op. Cit.

¹⁹ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

Uma pena cumprida num Manicômio Judiciário não pode ser mais dolorosa apenas pelo exame psiquiátrico, que pode deixar o interno por anos na instituição. Há também a questão da perda dos direitos, como frisa Josel Machado Côrrea. A partir do momento que este acusado de um crime é declarado doente mental e, com isso, tem decretada sua internação num hospital de custódia, ele, na prática, deixa de “existir” diante da lei. “No Brasil, como na maioria dos outros países, o louco recebe tratamento diferenciado dos demais cidadãos. Na esfera penal "não pratica crime", é inimputável [...]; no âmbito civil, é "incapaz" para a prática de atos jurídicos por si mesmo [...]"²⁰. Ele perde os direitos civis, o que implica em ser tutelado pelo Estado e ter seus bens passados à responsabilidade de terceiros. Esse doente não responde mais por si mesmo, é proibido de tomar decisões e é posto à margem da sociedade. “[...] o delito é ofensa à Sociedade, e a pena, conseqüentemente, atua em função de seus interesses.”²¹

Neste período coberto pela pesquisa, o início dos anos 70, o Código Penal em vigor era o de 1940²², que sofreu pouquíssimas alterações no seu conteúdo até 1984. Em relação a responsabilidade do doente mental acusado de um crime, ele reservou o seguinte artigo:

Artigo 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

²⁰ PEREIRA, Rodrigo da Cunha. Todo gênero de louco: uma questão de capacidade. In: **Revista Brasileira de Direito da Família**. Nº 01. Abril-Junho/ 1999. p.52

²¹ CORRÊA, Josel Machado. Op. Cit. p.129

²² Este Código Penal foi promulgado em 7 de dezembro de 1940, através do decreto número 2.848 e passou a vigorar a partir de 1 de janeiro de 1942. (cf. CORRÊA, Op. Cit.)

Parágrafo Único: A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.²³

O Código Penal previa, então, Medidas de Segurança ao apenado, já que ele não responderia juridicamente por seu crime, haja vista não ter entendimento sobre a ação delituosa. Ao contrário do artigo que institui a isenção da pena, o capítulo dedicado à Medida de Segurança é enorme, dividindo a condição de aplicação em duas vertentes, que seriam a) a prática de fato previsto como crime; e b) a periculosidade do agente.

A seguir, um texto é um enorme labirinto de termos jurídicos, que não nos interessam diretamente aqui. Extraí-se apenas o trecho que diz respeito ao tratamento que deve ser dado ao doente mental, um sub-capítulo chamado de “Superveniência de doença mental”:

Art. 83. O indivíduo sujeito a medida de segurança detentiva, a quem, antes de iniciada a execução ou durante ela, sobrevem doença mental, deve ser recolhido a manicômio judiciário ou, a falta, a estabelecimento adequado, onde se lhe assegure a custódia.

Quando não detentiva a medida, a execução não se limita e, quando iniciada, não prossegue.

Parágrafo Único. Verificada a cura, sem que tenha desaparecido a periculosidade, o juiz pode determinar:

I – o início ou prosseguimento da execução da medida;

II – a substituição da medida de segurança não-detentiva por outra de igual natureza;

III – a substituição da medida detentiva por outra de igual natureza ou pela liberdade vigiada.

Mais adiante, onde se regem os modelos de medidas de segurança – detentivas e não detentivas – a internação em manicômio judiciário está agrupada na primeira, ao

²³ CORRÊA, Josel Machado. Op. Cit. p.134

lado de internação em casa de custódia e tratamento e a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional.

Internação em Manicômio Judiciário

Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário.

Parágrafo 1. A duração da internação é, no mínimo:

I – de 6 anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a 12 anos;

II – de 3 anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a 8 anos;

III – de 2 anos, se a lei privativa de liberdade cominada ao crime, é, no mínimo, de 1 ano;

IV – de 1 ano, nos outros casos.

Parágrafo 2. Na hipótese do número IV, o juiz pode submeter o indivíduo apenas a liberdade vigiada.

Para que fosse revogada a medida de segurança imposta a um interno do Manicômio Judiciário era necessário o exame de cessação de periculosidade. Tal exame era feito ao final do prazo mínimo fixado pela lei para a medida de segurança ou então anualmente, após a expiração deste prazo mínimo. Havia ainda a possibilidade de ser feito anteriormente – ou em “qualquer tempo”, para usar as palavras exatas do Código – mas tal determinação teria de partir de uma instância superior daquela em que o processo fora previamente julgado.

Uma característica que me chamou a atenção ao freqüentar o Manicômio Judiciário foi a diferença de termos com que, por vezes, os internos são tratados. Em que definição se enquadra esse tipo de instituição, é um hospital ou uma prisão? Nos prontuários, parece não haver dúvidas, é um hospital. “O duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar”²⁴, para usar as palavras de Foucault. Os peritos, ao realizarem os exames psiquiátricos, sempre referem-se aos internos como

²⁴ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.29

pacientes. A palavra “preso” nunca é mencionada. Não me lembro de tê-la encontrada nenhuma vez, em qualquer prontuário. No entanto, se formos pensar nestas pessoas como pacientes, associando-as com doentes, condição que as levou até ali, teríamos que pensar em seres minimamente independentes, ou seja, que poderiam sair dali no momento que estivessem “curados”. Poderiam alcançar a liberdade, a tão almejada liberdade. Entretanto, isso não ocorre. Mesmo quando a cessação de periculosidade é ordenada, muitas vezes o caminho não é o da citada liberdade, mas sim o retorno ao presídio, à penitenciária, ou outra instituição do gênero, que pode ter sido o local de origem do referido interno.

Os funcionários, não habituados ao linguajar médico, ou talvez habituados mas não usuários de tal retórica não parecem fazer muita questão do termo “paciente”. Neste caso, a palavra “preso” foi ouvida por diversas vezes. O que me parece mais próximo da realidade e da visão daqueles que não estão envolvidos diretamente com a atividade médica, cuja referência gramatical à condição dos internos não passa de uma questão semântica.

Neste trabalho, porém, optou-se por utilizar a palavra interno ou então paciente.

Questionado sobre esse tema, se é prisão ou hospital, o doutor Pedro Largura foi enfático: “hospital!”²⁵ E complementou dizendo que nas reuniões que ele coordenava, todos se referiam aos internos como pacientes e não como presos. Sobre hoje em dia, ele não pode falar nada...

Mesmo assim, é interessante refletir que, sendo um hospital, ele deveria ser subordinado à Secretaria da Saúde, algo que não acontece. Assim como também não

²⁵ LARGURA, Pedro. Op. Cit.

tem ligações com o SUS (Sistema Único de Saúde), do qual recebe apenas verbas eventuais ou a cessão ocasional de algum profissional. Para o doutor Alan Índio Serrano, “o manicômio judiciário ou hospital de custódia é um hospital-prisão, ou uma prisão-hospital. Seus pacientes não escolhem estar lá e não escolhem seu médico: estão cumprindo uma ordem judicial. Guarda características das duas instituições - a médica e a penal - e está na interface da medicina com um regime disciplinar rígido estabelecido pelo direito.”²⁶

O Manicômio Judiciário, ou Hospital de Custódia, é ligado sempre à Secretaria de Justiça ou órgão equivalente, e isso repete-se em todos os estados brasileiros. No mundo também, ele está sempre ligado ao mesmo órgão que é responsável pelos presídios.

2.3. CINEMA E LOUCURA

O cinema aborda com frequência o tema da psicose e dois filmes de grande sucesso discutiram esta questão do crime e da “loucura”. Separados por dezesseis anos, mas unidos pelas qualidades das produções, “Um Estranho no Ninho” e “O Silêncio dos Inocentes” trouxeram para o grande público uma perspectiva do quanto pode ser aterrador o dueto crime-loucura.

Mesmo tendo-se em mente que o cinema é uma construção, que vive de fantasia e caricatura, os dois filmes trazem uma idéia de duas questões abordadas ao longo deste trabalho e que muito intrigam os especialistas. No caso de “Um Estranho no Ninho” está retratada a situação do indivíduo que, erradamente, acreditou ser melhor internar-se num manicômio que ter como destino a prisão comum. Já, em “O Silêncio

²⁶ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

dos Inocentes”, o cinema nos mostra a psicose em seu estado cristalino, nas perspectivas do psicopata violento e do médico brilhante, porém descontrolado, incapaz de conviver em sociedade, entre outras coisas, por um estranho hábito de devorar seres humanos.

2.3.1. Um Estranho no Ninho

Um Estranho no Ninho é baseado no livro de Kin Kesey, que Kirk Douglas comprou os direitos e transformou em uma peça de sucesso da Broadway, escrita por Dale Wasserman. Posteriormente, o ator quis transformar a peça em filme, porém repassou os direitos a seu filho, Michael Douglas, que ainda muito jovem e em busca de espaço e afirmação, produziu o filme. A primeira providência de Michael foi escolher o diretor, o tcheco Milos Forman, que chegara aos Estados Unidos em 1968, fugindo da ocupação soviética em seu país. Fã de Fritz Lang, o grande diretor do expressionismo alemão criador de *Metropolis*, conceituado em seu país como um artista que trabalhava causas humanas, Forman foi extremamente feliz logo em seu segundo trabalho na América como diretor, que acabou lhe valendo o Oscar de 1976.

O filme conta a história de Randle Patrick McMurphy, vivido por Jack Nicholson, um criminoso que escapa da condenação à prisão fingindo ser “louco”. McMurphy é então internado num hospício, sob a tutela da rigorosíssima enfermeira Ratched, em uma interpretação que valeu a Louise Fletcher o Oscar de melhor atriz. Impassível, ela praticamente não move os músculos do rosto, não demonstra emoções, não aparenta fraqueza. É profissional e sadicamente bem intencionada, com suas massantes sessões de terapia de grupo. É evidente que a personagem, apesar de caricatural, aparece como uma forte crítica aos profissionais que lidam diretamente com os “loucos” e pouco acreditam naquilo que vêem diante dos próprios olhos, mas

sim nas teorias que aprenderam durante anos de estudo, que lhes aconselham, entre outras coisas, a manter “comportamento profissional” e distanciamento do paciente.

Aos poucos, o ex-prisioneiro Randle nota que o hospício pode ser muito pior que a prisão, nesse novo universo cercado de pessoas inseguras, ansiosas e constantemente dopadas. Em sua maioria, porém, são todos voluntários. Pessoas que buscaram refúgio da sociedade no hospício.

A confrontação entre McMurphy e a enfermeira Ratched, cada um lutando a seu modo pelo controle do grupo, permeiam todo o filme, até o “ápice” do herói lobotomizado ganhando a “liberdade” pelas mãos do amigo índio, o gigante sem voz. Mais poético e “louco”, impossível. O filme deixa explícita uma mensagem de luta contra a enfermeira dominadora e a estrutura achapante do hospício que mais letargia seus pacientes que os encaminhava à recuperação.²⁷ O momento de sua produção, 1975, espelha a fase das discussões antipsiquiátricas, da crítica ao sistema tradicional e das tentativas de implantação de novos modelos. Sua repercussão, tanto junto à crítica, formadora de opiniões e ao público, aquele que, em última instância, irá realmente tornar o debate abrangente, foi importante para voltar os olhos da grande massa ao que ocorria nos interiores das instituições psiquiátricas.

²⁷ UM ESTRANHO NO NINHO (One Flew Over the Cuckoo's Nest). Direção: Milos Forman. Roteirista: Lawrence Hauben, Bo Goldman. Com: Jack Nicholson, Louise Fletcher, Brad Dourif, Danny de Vito, Christopher Lloyd, Will Sampson. EUA, Drama, Color, 1975. 129 min.

2.3.2. O Silêncio dos Inocentes

Baseado na obra de Thomas Harris, que também foi um dos roteiristas do filme, “O Silêncio dos Inocentes”²⁸ foi o grande vencedor do Oscar de 1992, conquistando as cinco principais categorias: filme, diretor, ator, atriz e roteiro. Feito raríssimo, conseguido por apenas outros dois filmes na história da premiação, sendo que “Um Estranho no Ninho” foi um deles (seria a Academia de Hollywood fascinada por psicóticos criminosos?).

Apesar dos inúmeros elogios, sucesso tanto de público quanto de crítica, o número de prêmios tão importantes levantou suspeitas à época, de que teria sido uma fraude proporcionada pelo estúdio produtor do filme, que estava quase falido e apostava tudo no sucesso de “O Silêncio dos Inocentes”. A trajetória até a premiação foi mesmo interessante. O filme estreou ainda antes da temporada de verão, quando são lançados os grandes sucessos e também não estreou no final do ano, período dos candidatos mais prováveis ao Oscar.

“O Silêncio dos Inocentes” chegou às telas americanas em março, normalmente um mês de poucos lançamentos de peso. Fez sucesso junto ao público, mas não chegou a ser um “arrasa-quarteirão” e, em geral, recebeu críticas muito positivas por parte da imprensa especializada. No início de 1992, ao saírem as indicações ao prêmio, sua presença foi recebida com naturalidade, mas não estava incluído entre os favoritos. E eis que na tão esperada noite ganhou os principais prêmios. Detalhe: o filme ganhou *somente* estes cinco Oscar, entregues no final da

²⁸ O SILÊNCIO DOS INOCENTES (The Silence of the Lambs). Direção: Jonathan Demme. Roteiro: Thomas Harris, Ted Tally. Com: Jodie Foster, Anthony Hopkins, Scott Glen, Ted Levine. EUA, Suspense, Color, 1991. 118 min.

noite. Daí a surpresa ter sido maior, quando os envelopes eram abertos e as estatuetas se sucedendo.

O filme gira em torno de um duo instigante: a novata agente do FBI, Clarice Starling, e o ex-psiquiatra preso com todos os cuidados de segurança possíveis, Hannibal Lecter. Como características para destacar o psiquiatra que cruzara a fronteira entre razão e loucura, o filme mostra um personagem de olhar fixo (o ator passava cenas inteiras praticamente sem piscar), fala pausada, gestos contidos. Além disso, sua capacidade de interpretação dos fatos, a cultura que demonstra e o conhecimento acerca da natureza humana são acima da média. Logo, é nítida a associação entre genialidade e loucura.

A relação que desenvolvem Clarice e Hannibal é de devastadora e atormentante cumplicidade. Enquanto ele a “orienta” em busca de um *serial-killer* que, após seqüestrar e matar várias moças está de posse da filha do governador, os dois criam uma relação “amorosa” muito diferente da usual. A psicose é mostrada a partir de dois aspectos: do assassino, que retalha suas vítimas por uma obsessão absurda e do doutor Hannibal, o conceituado psiquiatra que em algum momento cruzou a tênue fronteira entre sanidade e “loucura”. Entre eles, a insegura, porém competente Starling, a única a se comunicar com o doutor.

É difícil precisar onde termina a arte e começa a vida real, e vice-versa. Mas “O Silêncio dos Inocentes”, realizado no início dos anos 90, parece ter sido a antecipação de uma década marcada pelos “serial killers” nos Estados Unidos. Não cabe aqui discutir até que ponto o cinema influencia uma pessoa a ponto de repetir as ações que vê na tela (o mesmo vale para a TV), pois esta é uma discussão que existe praticamente desde a invenção destas mídias e para qual há dezenas de argumentos pró

e contra, porém como impacto no imaginário popular, com a repetição e a popularização das imagens, a “glamourização” dos personagens criminosos, sempre os mais inteligentes, ricos, etc., é inegável que a tendência é, cada vez mais, a banalização da violência.

2.4. O EXAME PSIQUIÁTRICO

Lá do céu desceu um anjo
 o qual me anunciou
 que meu destino na terra
 teria que ser sofredor
 Com supremas aulas jurídicas
 Por aventura de paz e amor
 O mesmo anjo por alguns minutos
 Sua presença me iluminou
 Deixou-me como mensagem
 A fisionomia de seu lindo rosto encantador
 E por recordação
 Sua honrada e clara voz de anjo protetor²⁹

2.4.1. Direito e Medicina: o laudo de sanidade mental

Se não bastasse toda a aura de mistério que cerca este personagem, a figura do “louco-criminoso” exige, também, uma associação entre duas formas diferentes do saber: o direito e a medicina. “A loucura interessa para o Direito, na medida em que ela é elemento determinante para a capacidade. Capacidade para praticar atos da vida civil. Atos que fazem fatos, que fazem contratos, que fazem negócios... que expressam

²⁹ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 03-0106. W.B., branco, casado, 43 anos, brasileiro, catarinense, católico, motorista, 3º ano primário.

VONTADE. Vontade dentro dos limites de uma razão”³⁰, argumenta o professor de direito da PUC/MG, Rodrigo da Cunha Pereira. Cumprindo os trâmites legais, cabe ao juiz, a pedido da promotoria ou da defesa, ou ainda por vontade própria, a prerrogativa de se pedir um exame sobre o criminoso com suspeita de doença mental ou do doente que comete um crime, ou ainda daquele doente mental já internado que manifesta, a partir de um dado momento, algum tipo de enfermidade. Os peritos psiquiatras elaboram então um laudo, obedecendo a um roteiro de perguntas especificados pelo juiz, mas que, normalmente, giram em torno de questões como “era o réu na época do fato capaz de entender o caráter criminoso do ato?”, “era o réu totalmente responsável na época do ato?”, “era o réu parcialmente responsável na época do fato para entender o caráter criminoso do ato?”³¹, e assim por diante, perguntas semelhantes, mas que cumprem um ritual detalhado dentro da esfera judiciária.

A lei exige dois psiquiatras, que examinam o paciente separadamente e depois comparam seus laudos. Normalmente, concordam. “As idéias convergem”, diz o doutor Pedro Largura.³² Se os dois psiquiatras ainda ficassem em dúvida, conta ele, semanalmente havia uma reunião com outros, em que o caso era debatido amplamente. Chamavam-se familiares, testemunhas da época, ou seja, tentava-se criar todas as condições possíveis para tentar se chegar a um veredicto o mais próximo possível da verdade.

O modelo básico de um prontuário que, em última instância, é o que vai oferecer as condições necessárias para a elaboração do laudo final pelos peritos, tem os

³⁰ PEREIRA, Rodrigo da Cunha. Op. Cit. p.52

³¹ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 001-A/01. A.B., 30 anos, advogado, branco, solteiro.

³² LARGURA, Pedro. Op. Cit.

seguintes itens, segundo o que pode ser levantado nos arquivos do Manicômio: de início, as informações pessoais, tais como nome, idade, profissão, etc.; a seguir vem observação psiquiátrica, entrevista, outros dados pertinentes (informações completadas que não estariam ligadas a nenhum outro item já previsto), tratamento, clínica médica, evolução (mostra o comportamento do paciente ao longo de sua estada), lotação, exames somáticos, boletim individual de controle, no qual eram anotadas infrações, pedidos, etc.; e, por fim, o laudo de exame de sanidade mental. Em alguns prontuários, também era possível encontrar os autos do processo, mas isso é raro. Em muitos casos, quando estes autos estão presentes, eles estão em outra pasta, anexa ao prontuário.

Apesar deste grande número de itens, poucos são os prontuários que estão preenchidos com muitas informações. Muitos têm apenas o nome do paciente, a idade e a procedência. Outros, nem isso. Em compensação, alguns têm mais de um volume. Muitos pacientes passavam brevemente pelo Manicômio Judiciário, procedentes da penitenciária, outros permaneciam também pouco tempo, apenas o suficiente para que o exame fosse realizado e, em caso negativo, eram retirados de lá. Logo, apenas aqueles que permaneciam anos na instituição ou então que recebiam alta e retornavam várias vezes é que tem prontuários com um maior número de informações.

No início, todos os pacientes do Manicômio Judiciário vieram procedentes da Colônia Santana. O primeiro deles é o de um advogado (um caso raríssimo de instrução superior), de 31 anos, natural de Laguna, enquadrado no artigo 281 do Código Penal³³. Através deste, é possível visualizar alguns dos itens citados anteriormente e como é realizado um exame de sanidade mental. Logo no início, nos antecedentes familiares, está escrito: “Pai ‘solicitador’, falecido em 1958 (o acusado contava com 11 anos de

³³ Tráfico ilícito ou uso indevido de substâncias tóxicas.

idade). Seu pai era extrovertido, com tendências artísticas, boêmio, não dando segurança à família. Era alcoólatra. Mãe anti-tipo do pai: introvertida, calma, equilibrada, responsável, religiosa. Preocupada com a educação dos filhos, superprotegia o acusado. Este é o mais jovem entre os oito filhos.”³⁴

É sempre dada muito importância ao histórico familiar. Os psiquiatras, mas principalmente, os psicanalistas, enxergam quase tudo na vida como uma representação das relações que estabelecemos com nossos pais. Mais adiante, neste mesmo prontuário, nos “antecedentes psico-sociais”, relata-se: “sua infância desenvolveu-se num lar conflitado: os desentendimentos entre os pais eram freqüentes principalmente quando o pai estava embriagado. Identificava-se com a figura paterna, admirando as tendências artísticas do pai, bem como sua vida boêmia e irresponsável. Por outro lado, era superprotegido pela mãe.”³⁵

O texto segue relatando sua revolta no colégio, explicitada em atritos com outros colegas, salientando, porém, que ele conseguia boas notas. As amizades boêmias, porém de bom nível social, isto já na adolescência, também são destacadas. Uma parte curiosa é a que associa seu desajuste a instabilidade empregatícia: “Passou a trabalhar como locutor de rádio, onde se manifestou de forma evidente o desajuste de sua personalidade: era incapaz de fixar-se num emprego, trabalhando em mais de vinte emissoras, em vários estados.”³⁶

³⁴ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário 01-001A. A.B., 30 anos, branco, solteiro, advogado.

³⁵ Idem

³⁶ Idem

Um laudo psiquiátrico que ateste ou não a enfermidade não garante, no entanto, que o juiz seja obrigado a aceitá-lo. Segundo o Código Penal³⁷, a última palavra fica reservada ao juiz.³⁸ O direito convida a medicina à sua casa, porém deixa bem claro quem manda. “O médico entra neste jogo como um auxiliar do juiz e do poder público. Cabe a ele dar sua opinião técnica ao juiz, como perito. Não lhe cabe julgar, sentenciar, ou exercer qualquer outro papel de atribuição do juiz”, diz o doutor Serrano.³⁹ Perante a lei, se o psiquiatra concluir que o réu é “louco” e o juiz afirmar o contrário, então a lei garante ao juiz a decisão soberana. Esta é uma situação que pode gerar conflitos e interpretações discordantes, como a exemplificada por Sérgio Carrara:

[...] durante o período de observação direta, foi internada no MJ uma jovem psicóloga “envolvida com drogas”. Pelas informações que obtive então, o laudo produzido pelos peritos do MJ atestava “dependência psíquica” e aconselhava o internamento. O juiz, no entanto, não aceitou o resultado do laudo, e a jovem acabou sendo transferida para o presídio comum, acusada de tráfico de maconha.⁴⁰

As relações que se estabelecem entre direito e psiquiatria parecem mesmo contraditórias. Como o próprio Carrara chama a atenção, parece totalmente ilógico que, uma vez transformado em paciente, o delinqüente em questão não seja entregue totalmente nas mãos dos psiquiatras, retirando-o da esfera judiciária. Estabelecer-se um período mínimo de internação determinado por lei parece ser uma saída “honrosa”

³⁷ CÓDIGO Penal Brasileiro. 21ªed. São Paulo, Saraiva, 1984.

³⁸ O Código Penal e o Código de Processo Penal do Brasil, no que se refere à legislação dos Manicômios Judiciários, permaneceram o mesmo do início da década de 40 até janeiro de 1985, quando houve uma certa mudança, porém não muito significativa. Esta prerrogativa, especificamente, de manter com o juiz a última palavra, ainda permanece.

³⁹ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

⁴⁰ CARRARA, Sergio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. p.31.

dentro de uma junção de modelo intervencionista médico e um outro jurídico. Tal interpretação problemática aponta, desde logo, para a ambigüidade do estatuto médico-legal dos chamados **loucos-criminosos**, habitantes de uma região estranha onde “culpa” e “inocência” parecem se defrontar com igualdade de forças.”⁴¹

No que tange ao Manicômio Judiciário catarinense, pelo que pude observar, geralmente os juízes acatavam as determinações dos peritos sem maiores questionamentos. Neste período pesquisado há o registro de um ou outro que mostrou-se contrário, às vezes manifestando esse descontentamento de maneira irônica, no entanto são raros. O mais explícito deles envolveu um caso de permanência muito curta no manicômio, menos de três meses, de um interno envolvido com o consumo de drogas. Nesse caso, o juiz duvidou, o que forçou uma troca de ofícios entre o jurídico e a medicina.

Foi feito, primeiramente, um laudo pelos psiquiatras do Manicômio e enviado ao juiz. Este não se deu por satisfeito e retornou à instituição um ofício. No documento, o juiz chama o laudo de inconclusivo. Por isso, pede aos “expertos signatários do laudo referido afirmem ou neguem a plena recuperação do denunciado, a qual implica, inclusive, na existência ou não de probabilidade de reicindir no vício e readquirir dependência por substâncias tóxicas.”⁴² Somente aí o juiz considerava-se apto a tecer sua sentença.

Como resposta, o Dr. Largura afirma, primeiramente, que “discordo totalmente que o laudo [...] seja inconclusivo [...]”; depois diz que os “expertos signatários” já afirmaram tudo o que deviam no laudo; por último, ao comentar o desejo do juiz em

⁴¹ Idem.

⁴² MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 04-195. J.M. do R. (sem mais informações)

saber se o acusado tem ou não possibilidade de readquirir o vício em substância tóxica, o Dr. Largura é categórico:

Ora, sempre que se avaliam probabilidades (grifo dele), entram em jogo suposições. Está bem clara a resposta ao segundo quesito: “supomos que não persista o fator psíquico primário”. Ênfase que neste segundo quesito, dada à complexidade da personalidade humana, não cabe uma resposta categoricamente afirmativa ou negativa, sob risco de proceder o perito de modo ousado, inconseqüente ou incompetente.⁴³

2.4.2. As nuances do diagnóstico

O exame psiquiátrico é, sem dúvida, um mergulho na extrema subjetividade da mente humana. O perito se cerca de diversos elementos e, com eles em punho, segue para o campo de batalha da verificação empírica da doença mental. A nós, historiadores, filósofos, cientistas sociais, ou ainda aos advogados e juizes, a tarefa de definir ou não a “loucura” – ou psicose, usando o termo técnico – parece bastante delicada e difícil. Como definir a sanidade de alguém baseado num conjunto de entrevistas e relatos de sua vida pregressa, além, é claro, do fator biológico? Nós, que trabalhamos com ciências humanas, temos a tendência de valorizar o meio, o contexto. A loucura estaria muito mais num reflexo da sociedade, na maneira como o indivíduo lida com seu tempo, sua época, e as pessoas que nele se inserem, do que propriamente uma questão orgânica. Para os leigos, o exame de sanidade é um item de curiosidade, que, às vezes, parece descambar para o irreal.

⁴³ Idem

Sobre o exame psiquiátrico de categoria penal, Foucault criou uma definição, em sua obra “Os Anormais”, fruto de um curso que proferiu no Collège de France, que nos parece bastante apropriada:

Haveria ao mesmo tempo pouquíssima e muitíssima coisa a dizer sobre esse gênero de discurso. Porque, afinal de contas, na verdade são raros, numa sociedade como a nossa, os discursos que possuem a uma só vez três propriedades. A primeira é poder determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, à liberdade ou à detenção de um homem. No limite, à vida e à morte. Portanto, são discursos que têm, no limite, um poder de vida e de morte. Segunda propriedade: de onde lhes vem esse poder? Da instituição judiciária, talvez, mas eles o detêm também do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica. Discursos que podem matar, discursos de verdade e discursos - vocês são prova e testemunha disso - que fazem rir.⁴⁴

Se já é difícil precisar se um paciente é ou não louco, torna-se ainda muito mais complicado fazê-lo sobre alguém que cometeu também um crime. Diante do perito não está apenas alguém que manifesta um comportamento inadequado aos padrões estabelecidos pela sociedade, está também alguém acusado formalmente de um crime. Mais do que desajuste social, apresenta-se uma figura que quebrou regras estabelecidas em lei, o que torna sua “culpa” muito mais grave. Ao perito cabe a responsabilidade, em última instância, como disse Foucault, decidir sobre a vida e a morte. Sobre ele, pesam os interesses do judiciário e da medicina. Como contornar essas delicadezas e ser preciso no diagnóstico? Segundo o psiquiatra Alan Índio Serrano, autor do livro “O Que é Psiquiatria Alternativa”⁴⁵, as dúvidas ficam muito mais à cargo de advogados, juízes ou de cientistas humanos, observadores externos do doente, sem o contato empírico e

⁴⁴ FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.8

⁴⁵ SERRANO, Alan Índio. **O que é psiquiatria alternativa**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

especializado do psiquiatra. Para ele, o psiquiatra, baseado numa formação sólida e experiente observação, seria capaz, sem maiores dificuldades, de afirmar o estado mental de um paciente.

O diagnóstico de psicose (que corresponde aproximadamente ao que o senso comum chama de loucura enquanto enfermidade mental) tem critérios técnicos. Os critérios técnicos são construções teóricas, como os usados nas ciências. Por exemplo, uma esquizofrenia paranóide precisa ter (a) delírios de perseguição, de referência, de missão especial, de mudanças corporais ou de ciúmes, somados a (b) vozes alucinatórias que ameaçam o paciente ou lhe dão ordens, ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, somadas ainda a (c) a ambivalência e outras perturbações do afeto, da volição, da percepção, etc. Tudo isso precisa ocorrer por um certo tempo, num curso que se encaminha para a cronicidade, e não apenas como um surto único e breve. Há manuais de psicopatologia para se aprender a fazer o diagnóstico e códigos para uniformizá-lo de forma a que seja entendido por psiquiatras de todo o mundo.

Grosso modo, há duas classes de psicose: as *orgânicas* (derivadas de lesão cerebral visível por exames de raios X ou de ressonância magnética, ou por dosagem de metais [como o chumbo] ou drogas no sangue, como o LSD ou os compostos de plantas alucinógenas) e as *funcionais*. As funcionais apresentam alterações na fisiologia dos neurônios, as células do sistema nervoso, com mudanças químicas nas junções (sinapses) destas células. Contam com uma distribuição diferente de neurotransmissores, que são hormônios neuronais, como a serotonina, a noradrenalina, a dopamina, etc., só estudáveis em pesquisas de laboratório e não dosáveis na clínica quotidiana. As psicoses funcionais nos colocam problema importantes, não totalmente resolvidos pela ciência: quanto o tipo de vida e as vivências que temos ajudam a alterar o movimento e as doses existentes destes neurotransmissores? Qual o peso da genética nisto, e o que acorda os fatores genéticos que estavam inativos? Quanto as psicoterapias podem influir na melhora destes pacientes?⁴⁶

Em relação ao criminoso, no entanto, este diagnóstico torna-se um pouco mais delicado. Seria uma distinção entre psiquiatria clínica e psiquiatria forense, também chamada de psiquiatria legal. O aspecto delicado da questão se deve ao fato de não haver uma relação direta entre psicose e criminalidade, ou seja, o número de pessoas que sofrem de doenças mentais e cometem crimes não é maior que o daquele grupo

⁴⁶ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

considerado “normal”. No início da psiquiatria forense, com estrelas ascendentes como o médico italiano Césare Lombroso, acreditava-se que o crime poderia estar ligado a uma lesão cerebral ou algum outro tipo de enfermidade. Uma cena clássica do cinema ilustra bem esse momento: no filme *Frankenstein*⁴⁷, de 1931, o assistente do doutor de mesmo nome invade um laboratório em busca de um cérebro, que servirá para a criatura que está sendo criada em laboratório com restos de cadáveres. Ele encontra dois cérebros, em vidros diferentes, cujas etiquetas marcam “cérebro bom” e “cérebro ruim”. O assistente apanha o “bom”, porém assusta-se com um barulho e deixa cair no chão, estilhaçando o vidro e inutilizando o cérebro. Pega então o vidro com o “ruim” e o leva para o Dr. Frankenstein. Desta maneira, os transtornos que o monstro demonstrará depois de criado, entre eles o de assassinar uma garotinha (ainda que involuntariamente), serão creditados ao “cérebro ruim”.

Hoje, e no período que abrange esta pesquisa, este tipo de teoria já não era mais aceita. “Efetivamente, algumas lesões no cérebro podem ativar áreas cerebrais responsáveis pela geração de impulsos violentos. Contudo, é muito raro que algum crime tenha a ver com lesões ou com doenças no cérebro. [...] Também entre os psicóticos funcionais - esquizofrênicos e maníaco-depressivos - a incidência de crimes parece não ser maior do que a da população tida como sem diagnóstico psiquiátrico.”⁴⁸, atesta o doutor Serrano. “Prevalece o endógeno, o genético. O meio pode influenciar,

⁴⁷ *Frankenstein* é baseado no romance da inglesa Mary Shelley. O filme, lançado em 1931, não é totalmente fiel à obra, mas isso não atrapalhou em nada a repercussão. Pelo contrário, lançado apenas seis meses após um outro grande sucesso dos estúdios Universal – Drácula – *Frankenstein* foi uma das maiores bilheteria do ano e tornou-se um clássico do cinema mundial. Catapultou à fama o ator Boris Karloff, que originalmente nem mesmo tem seu nome nos créditos iniciais e nem mesmo foi convidado para a noite de estréia, pois a estrela maior era Colin Clive, que faz o Dr. Frankenstein no filme.

⁴⁸ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

mas não é o determinante”, tem a mesma opinião o doutor Pedro Largura.⁴⁹ Se houver uma predominância genética, o indivíduo será psicótico aqui, nos Estados Unidos, na Índia, “num mar de rosas, ou no inferno”, crê o doutor Largura.

Em casos envolvendo criminosos, a grande contribuição da psiquiatria passa a ser mostrar a incapacidade do doente em controlar seus impulsos agressivos e compreender a natureza ou as conseqüências do ato criminoso praticado. “A psiquiatria coloca, então, alguns destes doentes, numa posição semelhante à das crianças: são civilmente incapazes, pois não têm o juízo de um adulto em pleno uso das funções mentais.”, conclui Alan Índio Serrano.⁵⁰

Nos prontuários desses pacientes é possível encontrar os laudos, os acompanhamentos diários feitos por enfermeiros e os relatos dos exames psiquiátricos, realizados em sessões marcadas previamente. Nesse contexto quase metafísico que beira a loucura, suas causas e o diagnóstico, muito se fala em memória, subjetividade, inconsciente.

De maneira mais geral, dever-se-á admitir que cada indivíduo, cada grupo social, veicula seu próprio sistema de modelização da subjetividade inconsciente, isto é, uma certa cartografia feita de referenciais cognitivos, mas também míticos, rituais, sintomatológicos, a partir da qual ele se posiciona em relação a seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e pulsões de todo tipo.⁵¹

⁴⁹ LARGURA, Pedro. Op. Cit.

⁵⁰ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

⁵¹ GUATTARI, Felix. Linguagem, consciência e sociedade. In: **Saúde e loucura 2**. 3^aed.

Preso por agredir a esposa⁵², E.B insistia, seis meses após a internação, na injustiça da sua prisão. Nos seus relatos, alega que a mulher o queria longe para se juntar com um “vagabundo perdido”. Admite apenas ter dado três tapas na esposa, dos quais não se arrepende. Em outra consulta (13/03/1972), ele diz ter batido em sua esposa por ela ter colocado arroz cru na mesa. Não faz mais menção a outro homem e reclama do tempo que está internado. Em relatos seguintes, sua fúria continua endereçada à esposa, que ele qualifica como “louca” e “fraca da idéia”. Neste e em vários outros prontuários disponíveis no Manicômio Judiciário as análises são freqüentes em relação ao histórico familiar, à memória do paciente, da qual se tira a “história” de sua vida. Sobre este paciente, que permaneceu internado durante dois anos no manicômio judiciário, os médicos escreveram:

Embora lúcido, orientado em relação ao tempo e situação sem apresentar perturbações manifestas na esfera afetiva ou volitiva, é evidente a pobreza de pensamento, o raciocínio elementar, sem condições de entender conceitos abstratos complexos; mantém diálogos em níveis infantis.⁵³

2.5. DROGAS E O MJ

“Que profissão tem exercido?
Radiotelegrafista, auxiliar de escritório, presidiário.”⁵⁴

⁵² MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 01-0017, branco, casado, 37 anos, brasileiro, gaúcho, protestante, lavrador.

⁵³ Idem

⁵⁴ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário L.E.01-0035, C.R.T.M., 23 anos. (sem mais informações). Fica o questionamento: desde quando presidiário é profissão?

Os casos envolvendo consumo de drogas são muito comuns nos arquivos do Manicômio Judiciário. Situação que hoje em dia parece absurda, no início dos anos 70 era corriqueira. Presos, às vezes, com apenas um cigarro de maconha, o detento era então encaminhado ao Manicômio para a verificação de sua sanidade.

D.P. foi preso por estar com um “fininho” de maconha sob um livro, no seu local de trabalho, um estacionamento na rua Jerônimo Coelho, em Florianópolis. Pego em flagrante, a polícia relatou que, para livrar-se, ele tentou engolir o cigarro, porém, sem conseguir. Após ser preso, D.P. acabou por ser internado no Manicômio Judiciário, afim de se descobrir se ele era capaz de entender o caráter criminoso de seu ato. Feito os exames de praxe, chegou-se a conclusão que ele era “apenas toxicômano”.⁵⁵

Um outro caso sobre o consumo de maconha foi o de A.F.P.⁵⁶, internado durante dois meses no Manicômio, afim de se verificar sua consciência dos atos praticados. A.F.P. foi denunciado pelo Ministério Público por infringir o artigo 281⁵⁷ e a transcrição de sua prisão é um bom relato para se entender o quão ameaçadora eram as drogas e como poderia ser fácil a internação num manicômio. Além do que, a transcrição, guarda, também, uma certa dose de humor.

No dia 10 de janeiro de 1973, aproximadamente, às 12,30 hrs., encontrava-se o indiciado em companhia de dois menores, na Praia de Itaguaçu, no local conhecido como Praia das Palmeiras, quando foi observado pelo soldado PM W. de S. (abreviação nossa) em atitude das mais suspeitas, o que motivou a atenção daquele policial, que observou o denunciado e as duas menores dirigirem-se para umas pedras, onde se sentaram, tendo o militar que os seguira ouvido o indiciado dizer: “aqui vai ser a nossa transa”. Ato contínuo, o

⁵⁵ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 12/01-A., D.P., branco, casado, motorista.

⁵⁶ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário L.E.01-s/n, A.F.P., branco, solteiro, 19 anos, mecânico.

⁵⁷ Tráfico ilícito ou uso indevido de substâncias tóxicas

denunciado começou a manusear um cigarro “diferente”. Desconfiado o policial prestou-se a intervir e, usando de sua autoridade pediu para ver o cigarro, que foi pelo denunciado apressadamente jogado n’água, mas recuperado e levado posteriormente, a exame de pesquisa de tóxico, revelando efetivamente dito cigarro conter maconha.⁵⁸

Para o doutor Pedro Largura, tais interações eram um equívoco. “As primeiras leis foram mal feitas. Eu era contra isso”, afirma ele.⁵⁹ O doutor lembra, como um exemplo da rigidez da época em torno da questão, o caso de Gilberto Gil.⁶⁰ O cantor, hoje Ministro da Cultura, foi preso em Florianópolis, num caso de repercussão internacional.

Apesar dos registros que tratam sobre caso de drogas estarem sempre relacionados à maconha, o doutor Largura faz questão de lembrar do álcool, esta droga legalizada e até mesmo de consumo incentivado pelos meios de comunicação, através de campanhas publicitárias milionárias, com artistas e mulheres deslumbrantes. “Droga e

⁵⁸ Idem

⁵⁹ LARGURA, Pedro. Op. Cit.

⁶⁰ Gilberto Gil foi preso em Florianópolis, no ano de 1976, pelo delegado Elói de Azevedo, durante uma excursão do grupo Doces Bárbaros, composto também por Caetano Veloso, Gal Costa e Maria Bethânia. Gil portava uma pequena quantidade de maconha – na verdade um cigarro e “o suficiente para fazer mais dois baseados”, segundo palavras do delegado, na época – e foi recolhido à cadeia pública. Admitindo ser usuário da erva, Gilberto Gil foi condenado a internação num hospício da capital catarinense. A sentença proferida pelo juiz, imortalizada depois no filme “Doces Bárbaros”, de Jom Tob Azulay, teve lances de poesia que mais pareciam autoria do próprio Gil: “Gilberto Gil declarou que gostava da maconha e que seu uso não lhe fazia mal, nem o levava a fazer o mal. As palavras de Gilberto Gil podem encontrar ressonância rítmica e poética em *Refazenda* - o abacateiro. Mas não encontram aceitação nas leis e na experiência humana.” Gil ficou algum tempo internado no estado e depois partiu para o exílio, na Europa. Maria Bethânia, que foi obrigada a permanecer alguns dias em Florianópolis como testemunha do amigo, nunca mais pôs os pés na cidade. In: MOURA, Julio. **Queimando a MPB até a última ponta**. Disponível na internet via WWW. URL: http://www.cliquemusic.com.br/br/Acontecendo/Acontecendo.asp?Nu_Materia=2794. Visualizado em 05 de outubro de 2003; REVISTA Isto É. **Brasileiros do século em música**. Disponível na internet via WWW. URL: <http://www.terra.com.br/istoe/biblioteca/brasileiro/musica/mus10.htm>. Visualizado em 05 de outubro de 2003.

crime, principalmente o álcool, a associação é irrefutável. Os estudos comprovam isso”, atesta ele.

Durante muito tempo, alcoolismo e “loucura” estiveram intimamente associados. Os alcoólatras eram presos ou então internados na Colônia Santana, juntamente com os demais psicóticos. Com o passar dos anos, uma nova perspectiva em torno do assunto foi surgindo e o alcoolismo passou a ser considerado uma doença, de escala mundial. No entanto, eles continuaram sendo internados na Colônia Santana, porém agora em uma ala separada.

Um terceiro caso envolvendo o consumo de drogas, especialmente maconha, merece ser destacado, dentre os encontrados no Manicômio Judiciário. É o de W.E., que permaneceu internado na instituição por um ano e seis meses, exatamente o previsto em sua medida de segurança expedida pelo juiz. O caso chama a atenção, principalmente, pela associação que, hoje, poderia, sem dúvida, ser tachada de preconceituosa. É a de “cabeludos” e criminosos.

Segundo seu prontuário, W.E. começou a ter problemas a partir de seu casamento, quando tinha vinte e um anos de idade. Os motivos seriam problemas mentais manifestados por sua esposa, que a levaram a ser internada por diversas vezes na Colônia Santana. W.E. trabalhava como motorista do Estado e, em virtude dos problemas familiares, acabou sendo demitido. Com isso – e vem aqui o peculiar relato psiquiátrico – “aproximou-se de más companhias (cabeludos)”. Mais adiante, ao afirmar que a perda da guarda dos filhos gerou um descontrole ainda maior em sua personalidade, afirma “apegou-se sobremaneira aos amigos marginais ‘cabeludos’”.⁶¹

⁶¹ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário 01/0025. W.E., branco, casado, 39 anos, brasileiro, catarinense, católico, funcionário público.

É evidente que definir se alguém é psicótico ou criminoso com base na maconha, hoje em dia, parece um absurdo. Naquele tempo, nem tão longe assim – década de setenta, século vinte – era algo comum. É, sem dúvida, uma questão a se refletir quanto a relatividade do tempo. Talvez o que prevaleça seja mesmo o genético, como defendem os psiquiatras, mas é evidente que as interpretações em torno da “loucura” variam – e muito – ao longo das épocas. Desenquadrar um determinado grupo – no caso, os consumidores de maconha – do rol das doenças psicóticas, por si só, já exclui um grupo enorme de pessoas da alcunha popular “loucos” ou psicóticos, para usar o termo médico adequado. Hoje em dia a maconha é usada – e liberada – em alguns países, para fins medicinais.

2.6. “O LIBERTO”: EXISTE ESPAÇO PARA SE VOLTAR Á SOCIEDADE?

uma camisa, um paletó côr azumarinho, uma calça côr marron,
uma maço de cigarro Mauá e outro maço usado,
um esqueiro sem funcionamento,
um pente côr preto, uma cinta côr marron.⁶²

Uma vez posto em liberdade, a ressocialização é um caminho muito longo a ser percorrido. J.L.M.⁶³ passou oito anos de sua vida no Manicômio Judiciário de Santa Catarina, divididos em quatro oportunidades. Antes, foi interno também da Colônia Santana, de onde fugiu para Concórdia, vindo a assassinar um agricultor com uma machadinha. Julgado incapaz de compreender o caráter criminoso do ato, J.L.M. foi condenado inicialmente a dois anos de Medida de Segurança, em 1972, que acabaram se

⁶² MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 17/01. E.B., branco, casado, 37 anos, gaúcho, protestante, lavrador.

⁶³ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº02/0055, J.L.M. (sem mais informações)

estendendo por quatro. Em abril de 76, o juiz de Concórdia concordou com um recurso da defesa e concedeu-lhe liberdade vigiada por um ano, impondo, para tanto, três condições: apresentar-se em juízo no primeiro dia útil de cada mês; recolher-se cedo à sua casa, evitando o uso de bebidas alcoólicas e, por fim, submeter-se a um exame médico legal a cada dois meses.

Bastaram, no entanto, apenas quatro meses para que ele fosse internado novamente no Manicômio Judiciário. No ofício enviado pelo juiz de Concórdia ao diretor do Manicômio, há um pedido urgente por vaga para internação, já que J.L.M. estava aterrorizando a população de seu bairro, que vivia “sempre em tensão esperando que o mesmo a qualquer hora cometa outro bárbaro crime, como já ocorreu anteriormente.” Anexo ao ofício, constavam ainda declarações dos familiares de J.L.M. – filha e irmã – afirmando seu comportamento “estranho”, ameaçador não apenas contra a família, mas também contra a vizinhança e o uso abusivo de bebidas alcoólicas, bem como o endividamento financeiro.

“A terapêutica moderna não recomenda a segregação dos pacientes com deficiência mental moderada, mas sim, tentar reconduzi-lo ao seio familiar, motivando a estes no sentido de supervisionar a conduta do paciente e estimular sua dedicação a atividades laborativas compatíveis com seu nível intelectual.”, assinaram os psiquiatras João Harold Bertelli e Diogo Nei Ribeiro, o laudo de J.R.M.B., recomendando seu retorno à família.⁶⁴ Acatada a recomendação pelo juiz, este paciente foi posto no regime de liberdade vigiada pelo período de um ano. Ao contrário de outros, J.R.M.B. não mais

⁶⁴ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 288/01-A, J.R.M.B., branco, solteiro, 20 anos, motorista.

retornou ao Manicômio Judiciário, aparentemente reintegrando-se a seu espaço social de origem.

Como lidar com esse problema de readaptação à sociedade? De que maneira, o Manicômio Judiciário, como instituição, poderia tornar este retorno menos traumático? Segundo o doutor Pedro Largura, quando o paciente entrava com medida de segurança, uma das primeiras medidas adotadas era acionar o serviço social. “A rejeição era trabalhada para o futuro, ou seja, ‘quando’ era a palavra mais usada: quando ele tivesse condições de voltar, quando ele estivesse curado, quando... por isso, as estatísticas de retorno sempre foram pequenas.”, afirma ele.

A internação num Manicômio poderia também significar o fim de relacionamentos pessoais. A seguir, está a transcrição na íntegra de uma carta endereçada ao interno A. M. dos S., no qual T. está - no linguajar popular - dando-lhe um “fora”.

Florianópolis, 24 de janeiro de 1973

Já a muito tempo estou para lhe escrever, mas não tenho tempo, pois como você sabe a minha mãe está hospitalizada a 15 dias eu estou com uma luta enorme, lavando, cozinhando e trabalhando dois expedientes, não tenho tempo para mais nada, tem mais uma vou todos os dias no hospital ver a mamãe.

O A. está muito bem, mais não faz nada eu tenho que fazer tudo para ele.

A minha situação financeira, é das piores e não posso ajudar a mais ninguém, você me pediu para eu mandar umas roupas para você não tenho condições para isso, a minha cruz está muito pesada, por favor não me peça mais nada eu não vou poder lhe ajudar, você procure os seus parentes, eu já fiz o que pude.

Por favor deixe de me pedir, desista de mim, eu não vou querer assunto nenhum com você (*grifo nosso*), estive pensando no assunto e cheguei a conclusão de que não me interessa, eu se algum dia aparecer alguém que tenha mais do que eu, sim, mais um que não tem nada, para que, só para dizer que tenho marido ou namorado? E arrumar mais uma carga para as minhas costas, essa não, você está pensando no seu bem estar, e eu tenho que pensar no meu.

A sua família não lhe dá a mínima, o que será que aconteceu que eles não te querem? **Você tem me pregado muitas mentiras, pensei bem no assunto, não vou querer procurar sarna para me coçar, antes**

estar só do que mau acompanhada (*grifo nosso*), o que passou, passou, vamos esquecer a nossa amizade, desculpe, você talvez fique pensando que eu estou sendo cruel mais tem que ser assim, a verdade tem que ser dita, eu tenho pena de você mais não posso fazer nada, o que eu fiz está feito, mais agora é fim, um dia você vai achar que estou com a razão, a vida está muito difícil e cada um por si e Deus por todos, temos que ser práticos, a vida é uma constante luta, eu também tenho dias que fico tendo vontade de me meter em um buraco e fugir, **as vezes tenho até vontade de morrer, de tão pesada está a minha cruz, você não serve para mim, eu preciso de ajuda, e não de ajudar** (*grifo nosso*). O que você fez pelo meu irmão, nós lhe pagamos e muito bem pago.⁶⁵

Esta carta é um primor de sinceridade. Apesar de sua extensão, a transcrição na íntegra garante o teor dramático do caso, retratando a peculiar relação de um casal separado em mundos, ao primeiro olhar, tão diferentes – a rua e o Manicômio – mas que, numa análise mais profunda, revelam semelhanças cruas como a desesperança, a solidão e o infortúnio. Qual terá sido a reação de A. M. dos S. ao recebê-la? Alguém que já vive um drama internado numa instituição psiquiátrica, submetendo-se à observações seguidas, visando compreender-se o grau de sua psicose – se é que há algum – teria condições emocionais de receber uma carta dessa, tão rica em detalhes que o desabonam? Os responsáveis em fazer a correspondência chegar às suas mãos acharam que não. Esta carta não foi entregue ao paciente, sendo anexada diretamente ao prontuário. A ele, couberam explicações via intermediários, nas sessões de exame psiquiátrico.

Este interno foi preso por assassinato. Supostamente teria tentado separar uma briga e terminou por esfaquear um dos participantes. Ficou nove meses no Manicômio, retornando depois ao presídio, por não ter sido considerado incapaz de entender o seu ato.

⁶⁵ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 02/0051. A. M. dos S., branco, solteiro, 28 anos, brasileiro, gaúcho, católico, lavrador.

Para o doutor Serrano, o questionamento, sobre o “liberto”, deve ser outro. Será que ele teve, algum dia, lugar na sociedade, para se falar em retorno ou reintegração?

Há dois aspectos a serem olhados, pelo menos. Um é o do estigma, que existe para o doente mental e existe para qualquer presidiário. Outro é o da proteção da sociedade, que teme pessoas imprevisíveis e perigosas. Em geral estas pessoas nunca tiveram um “lugar na sociedade” que fosse sentido por ela como um lugar confortável e confortante. Foram condenados ao manicômio porque demonstraram serem agressivos contra a sociedade. Se saírem de lá do mesmo jeito, e para o mesmo lugar que já ocuparam, provavelmente serão sentidos como perigosos e provavelmente voltarão a delinquir. A questão então seria a da reabilitação - se é que existe isto, efetivamente - ou a da atenuação dos ímpetos agressivos. A atenuação parece-me mais realista, em função da idade, do aprendizado pelo sofrimento e do tratamento a que o preso, enquanto paciente, foi submetido e que poderá continuar a ter em ambulatório, após sua saída do hospital.⁶⁶

Todos os especialistas são unânimes em dizer que as intensas transformações sociais pelas quais o mundo passou a partir do início do século XX, com a crescente industrialização e a ênfase no individualismo são fatores cruciais para o aumento do número de casos relacionados à distúrbios mentais. Os poderes e tensões que gravitam em torno do sujeito, do indivíduo dentro de uma sociedade, representam uma tênue fronteira entre a razão e a loucura. O doente mental é também alguém em busca de um espaço, dentro destes conceitos de indivíduo e sociedade. Como disse Norbert Elias, “o que se entende por ‘indivíduo’ e ‘sociedade’ ainda depende, em grande parte, da forma assumida pelo que as pessoas desejam e temem.” Segundo ele, tratam-se de “ideais carregados de sentimentos positivos e antiideais carregados de sentimentos negativos.”⁶⁷

⁶⁶ SERRANO, Alan Índio. Op. Cit.

⁶⁷ ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

Para o historiador que trabalha com este tipo de fonte, baseado nestes escritos, trazendo à tona estas falas, parece pertinente o conceito de Halbwachs, quando diz que a memória do indivíduo existe, mas existe no social, não saindo do quadro coletivo. As memórias dos internos do Manicômio Judiciário estão sempre ligadas ao ambiente que viviam, seus familiares, a rua que habitavam, o trabalho. Em busca da cura, da liberdade, devem buscar lembranças, construindo história junto dos psiquiatras, pois o que fica, em última instância, é a história, registrada nos prontuários pelo médico, a partir da fala do paciente. E é nesse relato que o historiador se debruça, consciente, como Halbwachs frisou, que não podemos pensar nada senão pelos outros e para os outros, pois isto é o que distingue a razão comum da loucura individual.⁶⁸

Desta forma, o Manicômio Judiciário é um local que guarda atrás de seus muros ricas histórias de vida, de personagens contraditórios, intrigantes, fascinantes – por que não dizer? – mas, com certeza, também assustadores. Além de “loucos”, são também criminosos e, ao contrário do que se pensa, podemos concluir que não estão num lugar “melhor” que a prisão, como pode se supor. Tampouco, somos levados a acreditar que haja, para eles, espaço na sociedade para a reintegração. Não podemos duvidar dos números do manicômio, que indicam pouco retorno, nem podemos desqualificar o tratamento lá executado, já que se trata de uma outra área do conhecimento, na qual não somos especialistas, porém somos levados a crer que esta sociedade que está aqui, “do lado de fora”, cujo imaginário forma-se pelas mais diferentes referências, dentre elas o cinema, como foi retratado aqui, reserva pouco ou nenhum espaço para alguém com um passado de internação em hospital psiquiátrico.

⁶⁸ HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990. p.21

CAPÍTULO 3

A FÉ QUE MATA: O CRIME DO “JESUS CRISTO”

Sacrifício de Isaac

22 Depois disto, Deus provou Abraão, e disse-lhe:

_ Abraão!

_ Eis-me aqui, respondeu ele.

Deus disse:

_ Toma teu filho, teu único filho a quem tanto amas, Isaac; e vai à terra de Moriá, onde tu o oferecerás em holocausto sobre um dos montes que eu te indicar.

No dia seguinte, pela manhã, Abraão selou o seu juramento. Tomou consigo dois servos e Isaac, seu filho, e, tendo cortado a lenha para o holocausto, partiu para o lugar que Deus lhe tinha indicado. Ao terceiro dia, levantando os olhos, viu o lugar de longe.

_ Ficai aqui com o jumento, disse ele aos seus servos; eu e o menino vamos até lá mais adiante para adorar, e depois voltaremos a vós.

Abraão tomou a lenha do holocausto e pô-la aos ombros de seu filho Isaac, levando ele mesmo nas mãos o fogo e a faca. E enquanto os dois iam caminhando juntos, Isaac disse a seu pai:

_ Meu pai!

_ Que há meu filho?

Isaac continuou:

_ Temos aqui o fogo e a lenha; mas onde está a ovelha para o holocausto?

_ Deus, respondeu-lhe Abraão, providenciará ele mesmo uma ovelha para o holocausto, meu filho.

E ambos, juntos, continuaram o seu caminho.

Quando chegaram ao lugar indicado por Deus, Abraão edificou um altar; colocou nele a lenha, ligou Isaac, seu filho, e pô-lo sobre o alta em cima da lenha. Depois, estendendo a mão, tomou a faca para imolar seu filho. O anjo do Senhor, porém, gritou-lhe do céu:

_ Abraão! Abraão!

_ Eis me aqui!

_ Não estendas a tua mão contra o menino, e não lhe faças nada. Agora eu sei que temes a Deus, pois não me recusaste teu próprio filho, teu filho único.

Abraão, levantando os olhos, viu atrás dele um cordeiro preso pelos chifres entre os espinhos; e tomando-o, ofereceu-o em holocausto em lugar de seu filho. Abraão chamou a este lugar Javé-Yiré, donde se diz até o dia de hoje: “Sobre o monte de Javé-Yiré”*.

* Javé-Yiré significa “O Senhor proverá”.

Pela segunda vez chamou o anjo do Senhor a Abraão, do céu, e disse-lhe:

— Juro por mim mesmo, diz o Senhor: pois que fizeste isto, e não me recusaste teu filho, tu filho único, eu te abençoarei. Multiplicarei a tua posteridade como as estrelas do céu, e como a areia na praia do mar. Ela possuirá a porta dos teus inimigos, e todas as nações da terra desejarão ser benditas com ela, porque obedeceste à minha voz.

Abraão voltou então para os seus servos, e foram juntos para Bersabéia, onde fixou sua residência.¹

O trecho acima serviu de inspiração para um dos mais chocantes casos registrados nos anais do Manicômio Judiciário em sua história. Um crime forte, cruel, de grande repercussão estadual e que deu visibilidade a um personagem contraditório. Um homem capaz de cometer um ato tão absurdo – matar o próprio filho, uma indefesa criança de apenas dez meses de idade – mas que foi capaz de mostrar uma capacidade de reação tão impressionante quanto o crime que o levava ao Manicômio.

Por todos os elementos que reúnem esta história, o caso ganhou destaque a ponto de merecer aqui um capítulo em separado. O processo e a posterior internação daquele que chamaremos aqui de J.S.P., no Manicômio Judiciário, é tão rico em detalhes e reviravoltas, surpreendente na mesma proporção em que é chocante, que é impossível passar os olhos pelas linhas que compõe o relato de sua vida e permanecer impassível. Talvez, sob um ponto de vista lúdico, a história de J.S.P represente o que há de melhor e pior no ser humano. O pior manifestado através de um ato irresponsável, capaz de impressionar até os policiais mais experientes. O melhor manifestado em sua capacidade de recuperação, superando a forte experiência pela qual havia passado e, como diriam os psiquiatras e advogados, tornando-se “apto” a conviver novamente com a sociedade.

¹ BÍBLIA Sagrada. São Paulo: Claretiana, 1987. p.67-8

É evidente, porém, que essa sua recuperação – tão surpreendente quanto o próprio crime – pode ter sido mais uma astúcia de uma mente doentia, entretanto, num certo sentido, brilhante. Se ele foi capaz de convencer diversas pessoas que era uma reencarnação de Jesus Cristo, seu poder de persuasão, nota-se, era considerável, mesmo que seu público alvo fosse formado por pessoas da comunidade ou familiares, em geral com pouca ou nenhuma instrução.

Uma vez no Manicômio Judiciário, J.S.P. pode, perfeitamente, ter entendido quais eram as “regras do jogo” a qual estava sendo submetido e, com isso, ter assumido uma postura que o levasse a conquistar a admiração de funcionários, o respeito dos colegas e, principalmente, o testemunho médico que o levasse de volta à liberdade.

Apresentado, em linhas gerais, vamos tentar entender o caso nos seus pormenores, mostrando o crime, os personagens, a estada no Manicômio Judiciário e, finalmente, a conquista da liberdade.

3.1. O CRIME

O jornal “O Estado”, de 13 de dezembro de 1973, estampou em letras garrafais, como a principal manchete de sua primeira página, o seguinte título:

MAGIA NEGRA

PAI ARRANCA O CORAÇÃO

DO FILHO DE NOVE MESES

Abaixo destas palavras, um outro texto introduzia o assunto, “carregando nas tintas”, como se diz no jornalismo, ou seja, frisando bem os aspectos mais tenebrosos do caso, obviamente querendo despertar nos leitores a vontade imediata de comprar o jornal e ler os “maiores detalhes” na página 6 do periódico.

O maníaco J.P. (*o jornal destaca o nome verdadeiro do acusado, o que nós aqui, por acordo prévio com a direção do MJ, nos abstermos de fazer*) continua recolhido à cadeia pública de São Joaquim, negando que tenha assassinado o próprio filho e sim uma serpente, num dos mais trágicos crimes já ocorridos no Estado. Dizendo-se um Messias, ele e seus familiares se dispuseram a fundar uma nova seita religiosa. Mas para que os milagres pudessem acontecer, seria necessário um sacrifício humano. Com um martelo e uma espada matou o filho José, de nove meses, decepando-lhe a cabeça e arrancando-lhe o coração, como num ritual de magia negra.²

A primeira versão que veio a público, como é comum em casos de grande repercussão, não correspondia inteiramente à verdade. Não que detalhes mais ou menos sórdidos tenham alguma diferença significativa, ainda mais para o historiador. Entretanto, servem para mostrar como as informações que chegam ao grande público são incompletas ou, como nesse caso, acrescentam ainda mais dramaticidade a uma história que já possui carga suficiente de emoção.

J.S.P. não se utilizou de nenhuma espada, tampouco decepou a cabeça do filho e muito menos arrancou o seu coração, como anunciou a manchete. Não que isso seja um atenuante, mas o fato é que não ocorreu. No interior do jornal, o crime está descrito em mais detalhes, com destaque para a participação da avó – a mãe do acusado – uma figura que se revelou de suma importância para se compreender o ocorrido.

Segundo o enviado especial do jornal a São Joaquim – o crime ocorrera em São Miguel, distrito da cidade – o acusado havia realizado uma “missa negra”, algo muito comum nos “Estados Unidos e na Bahia” e que agora, infelizmente, chegava a Santa Catarina. “Ao consumir o crime, Joaquim jogou o corpo do filho ao chão, que passou a ser espezinhado pela avó, enquanto os demais membros continuavam com suas danças macabras”, escreveu o repórter não identificado, que relata o fato da polícia ter

² Jornal “O ESTADO”. Florianópolis, quarta-feira, 19 de dezembro de 1973, ano 58, nº 17426, p.1

descoberto o crime através de um participante do ritual, que, “não conseguindo manter em segredo o fato, que abalou profundamente a população de São Joaquim, revelou a um amigo o trágico acontecimento.”³ Ainda segundo o enviado especial, a polícia precisou “conter a fúria da população, que queria linchar toda a família”. Por fim, o jornal relata que o corpo do menino foi deixado num matagal próximo à casa onde ocorrera a tal “missa negra”. Esta última informação, aliás, seria a única confirmada depois pelo próprio jornal e pelos autos do processo. O corpo do menino realmente foi deixado num matagal, porém todas as outras informações, incluindo a tentativa de linchamento, não ocorreram, como veremos a seguir, em uma edição abordando o caso com maiores detalhes.

No dia seguinte, 20 de dezembro de 1973, o jornal “A Notícia” voltou a dedicar um generoso espaço ao crime. Mais uma vez, o caso ganhou destaque na primeira página, sem, no entanto, ser a manchete principal.

MÍSTICOS ALUCINADOS BEBERAM O SANGRE DA CRIANÇA MORTA

O texto introdutório trazia novas informações, todas elas chocantes, ainda mais se for levada em consideração o tamanho da cidade em que ocorreu o fato.

O místico J.S.P., que se intitulava o “messias” e que dizia ser sua mãe a Virgem Maria, deverá ser remetido nos próximos dias pelas autoridades policiais de São Joaquim à Colônia Santana, a fim de receber tratamento psiquiátrico. Novas revelações foram feitas sobre o macabro ritual em que J. matou o próprio filho na presença de mais 13 pessoas. Os integrantes da pequena seita, além de praticarem sexo

³ Idem, p.6

grupar na presença de crianças, beberam o sangue do bebê de 10 meses sacrificado no culto.⁴

No interior do jornal, também na página seis, estão descritos os novos detalhes sobre o crime, numa matéria bem mais ampla que a anterior, ocupando mais da metade da página. Através dela, ficamos sabendo que a justificativa dada por J.S.P. para realizar o crime teria sido a necessidade de extirpar uma serpente que o filho teria dentro de si. E que o sacrifício, assim como o de Isaac, que seria realizado por Abraão, era uma vontade de Deus e que, se Sua vontade fosse impedir, Ele o faria.

Além de J.S.P., foram presos na ocasião outras quatorze pessoas, entre elas sua esposa, os avós paternos, quatro tios e pessoas da comunidade. Após os depoimentos, quatro foram liberadas, mas nenhuma da família.⁵

O jornalista procurou ouvir as pessoas da comunidade para tentar criar um quadro mais completo do ocorrido. Dividiu seu texto em vários itens, dos quais alguns relataremos aqui. É interessante observar nas palavras, as justificativas encontradas para o crime, bem como as diferenças absurdas em relação às primeiras notícias.

Num primeiro momento, num texto chamado de “Milagres e Morte”, a suposta trajetória que teria levado J.S.P. à psicose e ao posterior crime, é reconstituída através do relato primordial acerca de uma viagem mal sucedida a São Joaquim, na qual o acusado teria manifestado mediunidade, ao prever um acidente que deixaria a cidade às escuras.

Várias pessoas residentes na localidade de São Miguel, em depoimentos, revelaram que há cerca de um mês J.S.P., instrução primária não completada, lavrador, vinha apresentando sintomas estranhos, sabendo-se que periodicamente reunia seus familiares,

⁴ Jornal “O ESTADO”, Florianópolis, quinta-feira, 20 de dezembro de 1973, ano 58, nº 17427. p.1

⁵ Idem, p.6

quando promovia “rezas, benzia, e se dizia um novo Jesus Cristo, apontando sua mãe, G. P., como a “Virgem Santíssima”. Porém os fatos que mais de perto dizem respeito ao crime começaram dia 9 do corrente, um domingo a noite, quando J.S.P., sua mulher, [...], depois de caminharem os 40 quilômetros, chegaram à cidade e passaram a procurar com insistência para falar com o padre vigário. Devido ao adiantado da hora, foram aconselhados a não insistir. A família esteve em diversos bares, onde adquiriu garrafas de vinho, tendo na oportunidade J. anunciado para diversas pessoas que a cidade seria atingida por um “incêndio que destruiria a todos”. Depois de muito andarem na cidade, a procura de um táxi para voltar a São Miguel, decidiram retornar a pé.⁶

Horas após deixar a cidade, um acidente na estação de energia elétrica deixou São Joaquim sem luz por algum tempo. Uma pessoa morreu eletrocutada na ocasião. Tal fato, que de longe talvez pudesse lembrar a profecia bradada a plenos pulmões poucas horas antes, serviu para que algumas pessoas ficassem “desconfiadas” com J.S.P., ainda que, como frisa o repórter, a maioria da população acreditou tratar-se de uma casualidade, sem creditar a J.S.P. qualquer tipo de poder sobrenatural.

De volta à sua residência, em São Miguel, J.S.P. e seus “seguidores” teriam permanecido os dias anteriores ao crime alimentando-se apenas de água e vinho. Durante a noite, reuniam-se em torno de uma fonte, na qual o autoproclamado “Jesus Cristo” orava e benzia a todos. O detalhe é que todos, durante estas orações, teriam que se manter despídos e depois praticarem sexo. Ou, como prefere o repórter, “atos indecorosos com as mulheres”. Tais práticas eram feitas na presença de crianças. As informações sobre sexo grupal não constam dos autos do processo e, quanto a elas, parece haver dúvidas da veracidade. Nos depoimentos, todos admitem que J.S.P. exigia que se despissem, inclusive as crianças. Uns ficavam completamente nus, outros apenas da cintura para cima. No entanto, em nenhum momento do processo, existe qualquer referência a sexo grupal.

⁶ Idem

A fim de reforçar a imagem de “Messias” ou de reencarnação de “Jesus Cristo” – as duas alcunhas que J.S.P. gostava de ser chamado – o acusado utilizava-se de alguns subterfúgios para impressionar. Um deles, citado no jornal, diz que ele, na noite do crime, teria desferido, contra as próprias pernas, vários golpes com um facão. No entanto, não causou qualquer tipo de ferimento. “Não saiu sequer uma gota de sangue”, teriam dito os participantes, em seus depoimentos à polícia. Com isso, reforçou-se a imagem do “Messias”, mesmo que o verdadeiro Jesus Cristo sangrasse – e muito. Além de se proclamar o novo salvador da humanidade, que teria vindo com a missão de purificar as pessoas e perdoar-lhes os pecados, J.S.P. também insistia que a mãe era a reencarnação da “Virgem Maria”. Durante o processo e depois, no Manicômio Judiciário, foi consenso que a figura materna teve uma enorme influência nos rumos que a vida do lavrador tomou. Seria ela, em última instância, a principal responsável pelo surto psicótico do filho. Seria ela quem o sugestionou a acreditar que era um salvador.

A psicanálise talvez possa explicar muito melhor esta relação mãe e filho, esse laço praticamente indivisível que, dizem os especialistas, começa a formar a personalidade do indivíduo quando este ainda se encontra no útero materno. Mas, no caso de J.S.P., não houve sessões de psicanálise entre ele e sua mãe. Ambos foram separados ainda em São Joaquim e quando (se isso ocorreu) se reencontraram é uma incógnita. Nos prontuários do Manicômio Judiciário não há qualquer menção a uma visita dela e o doutor Pedro Largura também não conseguiu lembrar-se de nada referente a ela.

Permaneceram neste dia 13, ao redor da “chamada fonte milagrosa” até por volta da meia-noite, quando todos os 13 se dirigiram para a residência de J.P.C. Ali chegaram quando já passava da meia-noite, era dia 14, e então numa dependência, onde tinha sido deixado o menor J.S., o pai ordenou que todos os 12 outros ficassem com o rosto virado para a parede, pois ele naquele momento iria retirar a serpente

que estava no corpo do filho. Apanhou em seguida um grande facão, tendo antes deitado a criança, com 10 meses de idade, completamente despida, no soalho da casa. Desferiu um golpe contra o peito, abrindo-o por vários centímetros. Ato contínuo, apanhou um porrete e com o mesmo desferiu diversos golpes contra a cabeça da criança, desfigurando-a totalmente. Todos os outros permaneciam voltados para a parede. Mas escutando os gemidos e gritos da criança, chacinada a sangue frio, a mulher A. M. de C., virou o rosto e, deparando com a horrenda cena, pulou uma janela e saiu aos gritos. Os demais foram contidos por J.P.S., que ordenou que todos deveriam auxiliá-lo a transportar o corpo de onde havia retirado o “demônio” até a fonte. Ali chegando, com uma caneca retirou o sangue da criança, misturou com vinho e água, e ordenou que todos bebessem. Todos obedeceram. Terminado o ritual, o corpo foi jogado num galpão ermo entre as palhas.⁷

A polícia, ao contrário do que foi inicialmente divulgado, tomou conhecimento do assunto através de um irmão de J.S.P., também participante do ritual. Ele conduziu o irmão à delegacia, amarrado com cordas. Lá chegando, foi também detido, como cúmplice do assassinato. A partir da prisão dos dois, a polícia de São Joaquim deteve os demais envolvidos no caso. É interessante observar que o repórter, ao vê-los na delegacia, fez questão de frisar no texto que “tanto ele como seus familiares, pelos traços fisionômicos, demonstram ser descendentes de índios e caboclos, os primeiros habitantes do Planalto Catarinense.”⁸

Seria isso apenas um complemento à matéria ou uma demonstração de preconceito contra índios e caboclos? A segunda opção parece mais válida, na medida que o imaginário popular parece aceitar melhor um crime dessa natureza cometido não por brancos e ricos, mas por pobres, humildes e descendentes de índios. No processo, porém, não existe nenhuma referência à ascendência dos envolvidos, não parecendo, portanto, que tenha tido qualquer influência no decorrer da investigação, ainda que seja

⁷ Idem

⁸ Idem

possível refletir que o fato de não aparecer explicitamente no processo, não significa que não tenha tido alguma influência.

Esta religiosidade cabocla é um aspecto bastante presente na história do planalto serrano. Região habitada e construída ao longo dos anos por diferentes etnias, povoada por brancos, negros e índios, a questão religiosa sempre ocupou um espaço de destaque no imaginário popular. Esta região foi palco também de um dos eventos mais importantes da história catarinense, a Guerra do Contestado, com a presença e pregações dos monges, como João Maria.

Vários trabalhos já se dedicaram a entender o que foi a guerra e sua influência na religião. Em relação ao caso de J.S.P., a religiosidade, obviamente, esteve fortemente presente. A tal ponto dele se considerar Jesus Cristo. O catolicismo que ele exercia, no entanto, estava distante, não só fisicamente, daquele praticado pela igreja. Vivendo a quarenta quilômetros da igreja mais próxima, as orações, encontros, batismos, enfim, as práticas religiosas do catolicismo, eram realizadas em casa. A isso, chama-se catolicismo rústico, que pode ser definido assim.

Fundada em comportamentos religiosamente intuídos, a fé popular daqueles homens e mulheres, ávidos do divino, encontrava nas palavras, e sobretudo nas atitudes dos Monges, respaldo para suas vidas sofridas e marginalizadas. Em relação à natureza, santificavam as fontes e as terras, plantavam cruzeiros, benziam tempestades, curavam bicheira de animais. Em relação à sociedade, organizavam a vida familiar, tendo por base a sacralidade como valor maior.⁹

Conta nos autos do processo que a família de J.S.P. era tão unida que a endogamia era uma prática comum. Os relacionamentos eram, em geral, estabelecidos entre primos, o que era o caso, inclusive, de J.S.P., que, no relacionamento anterior ao

⁹ AZZI, Riolando. O Catolicismo popular no Brasil: aspectos históricos. Petrópolis: Vozes, 1978. p.9 apud IUNSKOVSKI, Roberto. **Migrantes e caboclos em Florianópolis: trajetória de uma experiência religiosa.** (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2002. p.56

casamento oficial, foi namorado de uma prima de primeiro grau. Este sistema de uma comunidade pequena, formada por muitos parentes, contribui decisivamente para a união de fortes laços de amizade e compadrio, o que, neste caso, parece ser importante para compreender a aceitação de J.S.P. como sendo realmente Jesus Cristo.

Mais um aspecto deste caso salta aos olhos em relação à questão da religiosidade cabocla. É a “água santa”, ou mais precisamente, a fonte na qual J.S.P. comandava seus rituais católicos. Não foi por mero acaso que ele levava seus “seguidores” a este local e lá misturava água e vinho e pregava livremente. “Arroios e fontes de ‘águas santas’ [...], ‘virtude que Deus deixou’, - é, ao mesmo tempo, o símbolo mais importante da fé rústica e um escudo mágico contra todos os perigos”.¹⁰ As fontes, ou simplesmente “pocinhos”, como demonstra Iunskovski em seu trabalho, eram encaradas pelos caboclos como remédio e guardadas em casa para os mais diferentes fins, que poderiam ir desde a proteção de uma tormenta até estímulo ao crescimento de plantas.¹¹

Voltando à matéria do jornal, outro trecho que chama a atenção é a brutal diferença no que diz respeito ao comportamento adotado pela população. Em apenas um dia, o povo, da tentativa de linchamento, que obrigou a polícia a trabalhar dobrado a fim de evitar o massacre, passou à calma: “Não houve qualquer manifestação, ou intenção da população de São Joaquim, de invadir o presídio local, para linchar os autores do bárbaro crime. Todos, na verdade, tomaram conhecimento da ocorrência e a

¹⁰ MONTEIRO, Douglas Teixeira. **Os errantes do novo século: um estudo sobre o surto milenarista do Contestado**. São Paulo: Duas Cidades, 1974. p.83

¹¹ IUNSKOVSKI, Roberto. **Migrantes e caboclos em Florianópolis: trajetória de uma experiência religiosa**. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2002. p.83

lamentaram em suas conversas nos bares e residências. O ambiente em toda a cidade é de calma, nada demonstrando que um bárbaro crime foi praticado a poucos quilômetros da sede.”¹²

O processo de J.S.P. encontra-se até hoje arquivado no Fórum de São Joaquim. Está em uma sala, junto a inúmeros outros, na fila aguardando a hora de ser incinerado. Após procurar anteriormente em outras duas salas e num catálogo no qual estavam descritos todos os processos, o funcionário o encontrou. Envolvido em papel pardo, com a inscrição “01/75”, o processo é um dos mais volumosos do seu grupo. Nele, estão contidos os depoimentos recolhidos através do inquérito policial, as manifestações de advogados, promotores e juízes, além do exame de sanidade mental que terminou por levá-lo ao Manicômio. O Fórum de São Joaquim possui muitos processos antigos, do início do século XX e outros ainda do século XIX. Grande parte aguarda a hora de ser incinerado, porém, segundo o funcionário que me atendeu, a OAB estaria tentando viabilizar uma sala para a conservação daqueles documentos. Fica o registro esperançoso que isso realmente seja feito, a fim de preservar uma importante parte da história do município.

A leitura direta do processo ajuda a esclarecer a história de J.S.P. e de seus “seguidores”. Esclarece também pontos que o jornal relatou e que, na verdade, nunca aconteceram. Mostra como a mente humana pode ser desafiadora e imprevisível, visto que o “surto” de J.S.P. foi algo bastante rápido e, anteriormente, ele era conhecido por sua calma. Por fim, traz momentos chocantes, como uma seqüência de fotos da criança morta, do pequeno corpo dilacerado que, obviamente, não reproduzi aqui.

¹² Idem

Além de J.S.P., foram indiciadas outras onze pessoas, incluindo sua esposa e sua mãe, além de irmãos e outras pessoas da comunidade, que também se iludiram que ele fosse, na verdade, Jesus Cristo. Os depoimentos de todos eles, a exceção do de J.S.P. e de sua mãe – que pouco disseram – foram muito parecidos, com alguns momentos de contradição, mas em geral semelhantes nos mínimos detalhes. Num primeiro momento, a promotoria chegou a suspeitar de algo como um complô, por exemplo. Todos estariam, supostamente, afinando o discurso para conquistarem mais facilmente a absolvição. Posteriormente, no entanto, a própria promotoria se convenceu que eles, se não podiam ser chamados de “vítimas”, também não poderiam ser enquadrados como cúmplices. A presença física no local do crime terminou por não ser caracterizar como cumplicidade no ato cometido contra a criança e todos eles, com exceção de J.S.P., é claro, alguns meses depois, foram definitivamente libertados, através de um acordo entre a defesa e a promotoria, que retirou a acusação.

Dentre os vários depoimentos recolhidos à luz da investigação, alguns pontos merecem ser destacados. Foram ouvidos os indiciados e algumas testemunhas, entre elas o sogro de J.S.P., que morava próximo ao local do crime, porém não esteve presente no momento da tragédia. Sua esposa e filha, entretanto, também foram indiciadas. Nestes depoimentos fica claro que J.S.P., antes de apresentar-se como “Jesus Cristo”, era uma pessoa considerada “normal”. Lavrador, semi-analfabeto, habitante de um pequeno distrito chamado São Miguel, distante 40 km de São Joaquim, também uma cidade pequena, sua vida até pelo menos um mês antes do ocorrido não se diferenciava em nada das demais. Nos relatos, que variam quanto à data precisa do início dos surtos, se um mês ou quinze dias, descreve-se J.S.P. como um homem “calmo”, “honesto”, “esforçado”, “trabalhador”, enfim, todos os adjetivos que normalmente as pessoas

costumam atribuir quando querem elogiar alguém, sejam estas qualidades ou não, depende de quem avalia.

A transformação de J.S.P. parece ter sido acompanhada de uma certa perplexidade por parte daqueles que conviviam com ele. Sua esposa afirma que o marido é um homem bom, porém “há aproximadamente quinze dias ele estava meio fora da idéia”.¹³ Já o irmão, também acusado do crime, diz que J.S.P. “sempre se portou de maneira normal, cuidando do serviço e somente há uns cinco dias é que começou a variar”.¹⁴ Outra acusada, uma vizinha de 61 anos, diz que conhecia J.S.P. “há aproximadamente 23 anos [...] e que sempre foi muito comportado”. Ela diz ainda que “há aproximadamente cinco dias ele vinha dizendo que era Jesus Cristo e que vinha a mando de Nossa Senhora.”

Esta vizinha foi a mulher a qual J.S.P. perguntou se queria vir um milagre e ela respondeu que não, despertando sua fúria. Segundo seu depoimento, J.S.P. ameaçou-lhe com uma faca e ela “pulou a janela” para se proteger, não tendo, supostamente, presenciado o momento exato da morte da criança.

O mais curioso para tentar se entender o imaginário das pessoas que participaram deste acontecimento é sua capacidade de acreditarem em J.S.P. mesmo atestando, ainda que posteriormente, que sua mudança de postura era muito brusca em pouquíssimo espaço de tempo. A própria A. M. C., esta vizinha de 61 anos, diz que J.S.P. estava meio “biruta”, no entanto faz questão de frisar que acreditava ser ele uma reencarnação de Jesus Cristo. O motivo: ele não lia nada para seus fiéis, pregava tudo pela memória.

¹³ FÓRUM de São Joaquim. Processo Reg. Nº 1688.

¹⁴ Idem

Uma das testemunhas, P.P., que no inquérito está qualificado como “guarda urbano”, teve contato com J.S.P. e seus familiares dias antes do crime, quando ele esteve na cidade de São Joaquim à procura do padre. Os relatos dão conta que J.S.P. era extremamente religioso, porém não comparecia às missas em São Joaquim devido a longa distância entre a igreja e sua casa. No entanto, ele rezaria muito, inclusive orando o terço todos os dias.

Esta testemunha afirma que viu J.S.P. acompanhado de sua mãe, esposa, do filho e de um irmão, na rua, em “alvorço”. Ao se aproximar, a mãe de J.S.P. lhe ordenou que pedisse bênção ao filho, pois este estaria com Jesus Cristo em seu corpo, ao que o guarda respondeu que “pediria a bênção se visse a imagem de Jesus Cristo”.¹⁵ O guarda tentou conseguir um transporte que os levasse de volta a São Miguel, porém, após duas tentativas, não conseguiu. Tentou fazer então com que J.S.P. dormisse na cidade, mas ele recusou, dizendo que precisava voltar, pois “a criança era chamada de Deus”. Entre outras coisas, J.S.P. disse que “São Joaquim era uma cidade perdida”, que “o mundo iria acabar dia 25” e que ele viera ao mundo para “salvar umas almas”.

Impressionado com a quantidade de informações proferidas por J.S.P., o guarda questionou se ele tinha estudado e, para sua surpresa, foi-lhe respondido que não. Pelo contrário, J.S.P. disse que mal sabia assinar o nome. Diante da cara de espanto do guarda, o irmão de J.S.P. foi tachatativo ao explicar como o irmão sabia de tantas coisas: “Ele é Jesus!”.

Por fim, não os convencendo a ficar, o guarda permitiu que fossem. Antes de se despedir, no entanto, J.S.P. tentou dar uma bênção, prontamente recusada pelo guarda. Mesmo assim, J.S.P. teria dito que ele era uma “alma boa e que teria lugar no

¹⁵ Idem

céu”. E ainda profetizou o acontecimento já narrado na reportagem do jornal, o “incêndio que destruiria a todos”, que no depoimento do guarda teria sido a afirmação concreta de que São Joaquim ficaria sem luz. Coincidência ou não, segundo ele, bastou apenas quinze minutos para que a cidade realmente ficasse às escuras, por um período de três dias. J.S.P. retornou com sua família, pedindo, por último, que o guarda avisasse ao padre que ele era um “soldado de Deus”, logo pela manhã. Diante da argumentação de P.P. que estaria dormindo neste período do dia, J.S.P. respondeu que “o compromisso com a alma era maior que o sono”.

Diante desta constelação de fatos, o guarda conclui em seu depoimento que estava praticamente convencido que J.S.P. era mesmo Jesus Cristo. Ainda mais que ele, supostamente, alimentava-se apenas de vinho há dias e, mesmo assim, permanecia de pé.

Os dias que antecederam ao crime foram mesmo intensos. Como linha geral nos relatos, investigações, reportagens e depoimentos, é possível perceber que a compreensão de que seria Jesus Cristo havia se arraigado em J.S.P. há cerca de um mês. Foi dentro desse período que ele iniciou as orações de maneira mais intensa, que as pregações se tornaram mais fortes e que, paralelamente, as coisas começaram a escapar de seu controle. No entanto, foram nos cinco dias anteriores ao crime que realmente as proporções alcançaram o grau máximo. Um fato, segundo a esposa, foi o desencadeador: a mãe de J.S.P. encontrava-se em casa, adoentada. Indo visitá-la, ele disse a um irmão que, ao chegar, ela melhoraria. De fato, sua visita teria causado uma melhora significativa em sua mãe, o que fez, a partir de então, que ele declarasse estar

possuído pelo espírito de Jesus Cristo. Após este episódio, segundo a esposa, J.S.P. levou a mãe para dividir a cama de casal com eles.

Às vésperas do crime, J.S.P. ordenou que seus irmãos comprassem dezenas de garrafas de vinho. Os números variam de acordo com os depoimentos, mas seria algo em torno de trinta. Segundo o sogro, J.S.P. colocava cinco litros no “olho de água” próximo a sua casa e benzia a todos. Além disso, fazia com que todos bebessem cálices de vinho. Mais do que isso permitia a seus “seguidores” que se alimentassem somente de água e vinho, para purificarem as almas. O motivo seria preveni-los contra uma “grande revolta” que viria se abater sobre a humanidade. Nos depoimentos dos outros acusados, esta revolta é várias vezes citada como “guerra mundial”.

Um dos irmãos cita em seu depoimento que os pais diziam que a encarnação de Jesus Cristo era indiscutível e que, portanto, ninguém deveria contrariar J.S.P. Este irmão, que o acompanhou na jornada a São Joaquim, dias antes do crime, conta que levaram cerca de seis horas caminhando durante a madrugada, a pé, de volta a São Miguel, após não terem conseguido falar com o padre. Mesmo assim, J.S.P., ao chegar, teria se recusado a dormir e insistido para continuar as orações. Dirigiu-se a fonte e quebrou várias garrafas de vinho. Bebeu um pouco e distribuiu aos demais. Mais uma vez reiterou a ordem de não se alimentarem com qualquer coisa além de água e vinho.

Momentos antes de assassinar o filho, uma forte chuva caiu sobre São Miguel. J.S.P. teria pegado um pedaço de ferro e começado a bater num balde, mandando todos rezarem para acabar com a chuva. Depois, alegou que iria fazer um batizado e espalhou açúcar pela cozinha e sobre seus “seguidores”. Teria ainda pedido a sua mãe que lhe desse o peito, pois gostaria de mamar, o que ela confirma ter feito. Por fim, chegou o momento em que tomou o filho de dez meses nos braços e perguntou a uma das

participantes se gostaria de ver um milagre. Ela respondeu que não, o que teria lhe enfurecido. Ele ordenou que todos se voltassem para a parede.

O que veio a seguir difere radicalmente da primeira versão apresentada ao público, através dos jornais. A criança não foi levada para a fonte, nem seu sangue misturado à água para que todos bebessem. Nem a avó teria espezinhado o corpo do neto. Segundo os depoimentos, o que ocorreu em seguida foi um grande tumulto, provocado pelo pânico. J.S.P. teria se descontrolado com a resistência em virem um milagre e acreditava que estavam duvidando dele. Diante disso, teria avançado com um facão na direção das pessoas, o que fez com que a maioria fugisse. Só então, na versão dos depoimentos, J.S.P. teria assassinado o filho.

Após estes acontecimentos, os maiores detalhes estão relatados no depoimento da esposa de J.S.P. Ela afirma ter sido dela a iniciativa de comunicar a polícia, ato posto em prática por seu pai. Uma das outras participantes tentou convencê-la que a morte do filho “era para o bem de todos”. J.S.P., por sua vez, afirmava que não havia assassinado o filho, mas sim a “serpente maligna” que habitava seu corpo e que o menino ressuscitaria dentro de três dias.

J.S.P. foi interrogado em Florianópolis, no início de 1974. Nesta fase iniciarem-se os procedimentos que levariam à internação no Manicômio Judiciário. Ao contrário dos demais interrogatórios, que enchiam uma página ou mais, o dele resumiu-se a algumas poucas linhas que, laconicamente, o escrivão descreveu.

Apesar do esforço feito por este Juízo para que o réu respondesse as perguntas que eram feitas nada ou quase nada foi respondido. Com referência ao fato descrito na denuncia nada respondeu o réu e a impressão que se tem é de que o mesmo tem algum problema psiquiátrico. Apresenta-se muito tímido e com olhar vago fica olhando para as pessoas presentes na audiência não respondendo as perguntas

que lhe são formuladas. Face tudo isso e entendendo este Juízo que o réu sofre das faculdades mentais, o que impossibilita o interrogatório.¹⁶

Um atestado, fornecido por um médico de São Joaquim, cerca de quatro dias após o crime, recomendava a internação de J.S.P. por ser “portador de um quadro reativo esquizofrênico agudo”.¹⁷ Tal atestado serviria depois como argumento da defesa contra os dias que o réu ficou preso em cadeia comum, reiterando a solicitação para sua internação em instituição especializada para o tratamento de doentes mentais.

3.2. OS ANOS NO MANICÔMIO

Suas idéias delirantes místicas e de influência, aliadas às alucinações por um lado e por outro o baixo nível sócio-cultural e o elevado grau de sugestionabilidade das pessoas que o cercavam, propiciaram a realização do ritual que culminou com o delito.¹⁸

O laudo de exame de sanidade mental de J.S.P. foi expedido em 6 de julho de 1974. Foi a confirmação oficial daquilo que já se sabia, ou seja, que ele não estava em condições consideradas “normais” quando assassinou o filho. Para chegarem a conclusão, os peritos realizaram os procedimentos básicos do exame, buscando os componentes orgânicos e psicológicos que contribuíram para o surto psicótico. Porém, da mesma forma que era visível o estado alterado de J.S.P., também era visível que nada em sua biografia corroborava ou, ao menos, indicava alguma possibilidade de um dia ele vir a cometer os atos que o levaram até ali.

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

¹⁸ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 03-136. J.S.P., pardo, casado, 23 anos, brasileiro, catarinense, católico, analfabeto, lavrador. Discussão e Conclusão.

Ao contrário de outros internos, cujas vidas foram pontuadas por problemas desde a infância, familiares ou mesmo de saúde, o histórico de J.S.P. não demonstra qualquer tipo de problema. Crescera numa família numerosa – tinha 16 irmãos, sendo que quatro morreram na infância – mas sem problemas. Um único irmão “sofre dos nervos”, relatou aos psiquiatras. Quanto à sua própria vida, cresceu sem problemas, trabalhando na lavoura, freqüentando bailes, possuindo vários amigos. “Sociável”, escreveu o psiquiatra responsável pelo laudo. Espontaneamente, ele teria relatado ter ficado “louco” após o período em que promoveu rezas coletivas em casa.

É lugar-comum que, uma vez “surpreendida” por um fato como esse, a sociedade comece a buscar explicações que, se não justifiquem, pelo menos atenuem o ocorrido. Ainda hoje vemos, após qualquer crime bárbaro, que choca as pessoas e faz políticos oportunistas prometerem “mudanças na segurança pública”, jornalistas ávidos em saber se o acusado se “arrepende”, como se isso fosse trazer algum conforto à família ou pudesse mesmo trazer de volta a vítima. No caso de J.S.P., a ausência completa de qualquer referência que pudesse antever ou, pelo menos, explicar o acontecimento, torna o caso ainda mais significativo. Mais que isso, ele era o bom rapaz, amigo dos vizinhos, trabalhador e pai carinhoso. “Existem pessoas que tem um único surto psicótico a vida inteira. Esse foi o caso dele”, afirma o doutor Pedro Largura.¹⁹

Nas primeiras entrevistas o periciado apresentou-se descuidado de suas vestes e de seu asseio. Mostrou-se pouco acolhedor e desconfiado. Mantinha uma atitude reservada, falando pausadamente com pobreza de gestos. Negou o conhecer a causa que motivou sua vinda para o Manicômio Judiciário, respondeu vagamente ‘disseram, mas esqueci’. Sabe que estava na cadeia e não sabe qual a razão, ‘acha que estava doente, fraco da cabeça’.

¹⁹ LARGURA, Pedro. Op. Cit.

Quando deu ‘cor de si’ estava preso e ‘acordou-se’ com fome e sede. [...] Relata que via vultos de pessoas. Falou com Deus e ouvia sua voz que era tremida. Rezava, sentia calafrios e obtinha poderes para aliviar dores e doenças.

Após esta primeira fase o periciado passou a contatar melhor e passou a admitir seu estado mórbido e lembrou-se do que lhe fora relatado na cadeia (o crime). Pensa que seus familiares poderiam ter evitado tudo se o tivessem tratado e com isto teriam salvo seu filho.²⁰

J.S.P. foi considerado incapaz de julgar o caráter criminoso de seus atos. Sendo assim, penalmente foi qualificado como inimputável. O diagnóstico, “esquizofrênico-paranóide”, fez com que o juiz de São Joaquim ordenasse a ele medida de segurança por um prazo mínimo de cinco anos, a ser cumprida no Manicômio Judiciário do Estado de Santa Catarina, localizado em Florianópolis. A sentença foi proferida em abril de 1975. Cerca de um mês antes, o advogado de J.S.P. fizera uma tentativa de liberá-lo do Manicômio. No ofício, que também está arquivado no processo, ele argumenta que o acusado já estaria recuperado, apto a voltar ao trabalho na lavoura, não representando nenhum tipo de perigo à comunidade.

O promotor público recorreu imediatamente da sentença. O objetivo era aumentar o prazo mínimo da medida de segurança para, no mínimo, seis anos. O recurso foi julgado em Florianópolis, em julho de 1975, em sessão presidida pelo desembargador Marcílio Medeiros. O magistrado mostra-se contrariado com o crime e com a atuação de seu colega joaquinese. “Indiscutível a irresponsabilidade do réu, face ao laudo elaborado por estabelecimento oficial e especializado. Todavia, incompreensível e estranho o não reconhecimento, pelo jovem Juiz de Direito da

²⁰ FÓRUM de São Joaquim. Op. Cit.

Comarca de São Joaquim, das qualificadoras do motivo fútil e emprego de meio cruel articuladas na denúncia.”²¹

O desembargador lembra do motivo fútil e a crueldade envolvida no crime. Frisa o quanto as fotografias são chocantes. Nenhuma delas está no prontuário, mas podemos imaginar o quanto desagradáveis elas são. “Os tribunais pátrios têm decidido reiteradamente que o emprego de arma branca contra uma criança indefesa e a reiteração de golpes, infligindo elevado número de ferimentos além dos letais, constitui a todas as luzes, meio cruel.”²²

Relatando, detalhadamente, não haver incompatibilidade entre a irresponsabilidade penal e a crueldade do crime, as “qualificadoras”, o desembargador diz que “não há como confundir o tipo do delito, com a responsabilidade do agente”. Diante destas considerações – e de diversas outras, sobre a medida de segurança, sua validade, experiências pessoais, etc., que não cabem aqui – o desembargador aceitará o pedido de aumento da medida de segurança em um ano, ou seja, de cinco para seis. E acompanha sua recomendação uma referência explícita para que o exame de cessação de periculosidade fosse realizado somente ao final do prazo mínimo.

Ao que parece, no entanto, sua recomendação não foi atendida. A sentença inicial marcava a data de 24/04/74, dia em que ele foi encaminhado ao Manicômio Judiciário para fazer o exame de sanidade mental e onde já ficou internado, e o término em 24/04/80; a data inicial permaneceu a mesma, no entanto, a final foi em 12/02/79, ou seja, um ano e 2 meses antes. J.S.P. ganhou alta – ou a “liberdade” – anteriormente ao recomendado pelo desembargador e até mesmo antes do prazo mínimo da medida de

²¹ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 03-136. J.S.P. [...]

²² Idem

segurança recomendada pelo juiz de São Joaquim. Aqui, dois aspectos pareceram controversos. Primeiro, o desembargador tecer um longo comentário, criticando, inclusive, um colega de magistratura, para recomendar apenas mais um ano de medida de segurança. Segundo, esta recomendação, além de não ser atendida, ainda sofreu um revés, ou seja, J.S.P. saiu antes, o que é estranho, pois a medida de segurança deveria ser cumprida, ao menos, em teoria, pelo prazo mínimo, ainda que a lei permita que, em certos casos, ela possa ser encurtada.

Em março de 1977 uma outra tentativa de liberá-lo do Manicômio Judiciário foi posta em prática, sob a alegação que “com o tratamento recebido no Manicômio Judiciário, recuperou-se rapidamente e, desde algum tempo, não vem tomando medicamentos, estando totalmente recuperado.” No entanto, uma vez mais, o pedido foi indeferido.

Uma vez internado no Manicômio Judiciário, a vida de J.S.P. transformou-se completamente. Do assassino cruel e sanguinário, capaz de pôr fim a vida do próprio filho, de apenas dez meses de idade, ele ganhou ares de líder, destacou-se em meio aos demais e criou uma imagem tão positiva ao seu redor, que deixou a instituição coberto de elogios.

“Era um indivíduo cheio de recursos, um gentleman, educadíssimo. Ele te cativava”, afirma o doutor Pedro Largura.²³ Ele tem motivos para atestar isso. O doutor conviveu de perto com J.S.P. durante os quase cinco anos que este permaneceu no Manicômio e acompanhou satisfeito a sua recuperação.

²³ LARGURA, Pedro. Op. Cit.

A evolução de J.S.P. não foi surpresa. Segundo o doutor, 25% dos internos do Manicômio Judiciário tem remissão completa e outros 75% tem remissão parcial. “Esse paciente evoluiu bem, passou a se integrar, não tinha como não aceitar sua remissão.”²⁴

O desempenho alcançado dentro do Manicômio é realmente surpreendente. Para os psiquiatras, bastaram apenas alguns meses para que o tratamento – à base de terapia e medicamentos – começasse a surtir “efeito”. No relato enviado ao juiz responsável por deferir ou não a sentença de liberdade ao réu, os psiquiatras atestam que “após poucos meses de tratamento houve uma remissão total dos sintomas psicóticos passando a apresentar-se atento, lúcido e orientado globalmente, mostrando uma conduta bastante adaptada. As demais funções psíquicas encontram-se também, há longa data, razoavelmente conservadas.”²⁵

Na verdade, o que fica claro analisando a trajetória de J.S.P., a partir de seu prontuário e, principalmente, do processo nos quais constam os depoimentos de familiares e os resultados das investigações, é que ele nunca foi “louco”, ou melhor, psicótico. Logo, se a sua recuperação não deixa de ser espantosa, dado o pouco tempo em que se deu e, especialmente, pelos diferentes papéis que ele rapidamente assumiu no Manicômio Judiciário, ela poderia, com certeza, ser prevista. De qualquer forma, esta rápida recuperação torna o caso ainda mais intrigante. Como o próprio doutor Largura afirmou que uma pessoa pode ter um único surto psicótico na vida, e este parece ter sido o caso de J.S.P., é quase impossível, no ponto de vista frio da razão, como observador de fora, compreender o caso. Como pode alguém nunca manifestar qualquer rompante de violência e, de repente, cometer um ato tão bárbaro quanto assassinar o próprio filho,

²⁴ Idem

²⁵ MANICÔMIO JUDICIÁRIO. Prontuário nº 03-136. J.S.P., pardo, casado, 23 anos, brasileiro, catarinense, católico, analfabeto, lavrador.

para, pouco tempo depois, destacar-se da maneira como ele conseguiu? São questionamentos impossíveis de responder aqui, simplesmente, porque não há resposta. Não há, usando apenas da racionalidade, como compreender um caso assim. Os “labirintos da mente”, como dizem os estudiosos do cérebro, são um grande mistério ainda com muito a ser desvendado.

A seguir, alguns trechos extraídos do prontuário de J.S.P., que narram sua trajetória dentro da instituição. Primeiramente, após a medicação que logo promoveu os resultados satisfatórios diagnosticados pelos psiquiatras, com razoável remissão dos sintomas, o interno juntou-se a outros a fim de desenvolver uma pequena horta que já existia no local, mas que era incipiente. Para os psiquiatras, ele demonstrou “excelente capacidade laborativa”, passando logo a responsável pela horta. Já que era lavrador, essa experiência não deve ter sido muito difícil para J.S.P. No entanto, suas qualidades ainda se mostrariam em diversos outros campos.

Melhor do que qualquer outro, o testemunho literal dos psiquiatras que o examinavam dá a exata dimensão desta passagem pelo Manicômio Judiciário e a forte carga de envolvimento dentro da instituição, superior - de longe - a qualquer outro prontuário que tenha sido analisado.

Concomitantemente passou a interessar-se por outras atividades, inclusive artesanais, nas quais revelou dedicação e criatividade. É curioso e está constantemente fazendo pequenos reparos demonstrando, habilidade na fabricação manual de peças de reposição. Conserta relógios, chuveiros, fechaduras, rádios, enceradeiras, etc. Participou de dois cursos (corda e couro) ministrados pelo CEDREHU – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos – tendo recebido o certificado de conclusão, com ótimo aproveitamento. No ano passado, no dia do sentenciado, elaborou um trabalho manual que foi apresentado na 1ª andar, da Penitenciária de Florianópolis. Há mais de 1 ano é o encarregado da lavanderia da Penitenciária.

Atualmente está cursando o 5º grau do supletivo primário.
Aprendeu a tocar violão e costurar à máquina.
Relaciona-se bem com os funcionários e demais companheiros de infortúnio.
Tem planos para o futuro. Revela que pretende permanecer em Florianópolis onde já tem oferta de trabalho, e continuar seus estudos.²⁶

Sem dúvida, o resultado alcançado é espantoso. De lavrador semi-analfabeto, diagnosticado como psicótico e réu de assassinato, J.S.P. tornou-se um homem capaz de exibir múltiplas habilidades que, com certeza, ele já possuía, mas que no interior da instituição ganharam ares decisivos para sua liberdade.

A promotoria não se recusou a aceitar o parecer dos peritos. No entanto, com uma discreta ironia, estranhou uma recuperação tão fantástica. Pediu apenas que J.S.P. não retornasse de imediato à região serrana. Foi atendido, pois ele foi liberado através de Liberdade Vigada por um período de um ano, no qual teria que se apresentar em datas específicas à justiça. Durante este ano que se seguiu, J.S.P. nunca deixou de comparecer, o que fez sua pena ser definitivamente extinta.

Diante da opinião altamente positiva dos médicos do manicômio e da não objeção por parte da promotoria, o juiz proferiu sua sentença.

Face esses pareceres altamente especializados, oriundos de notáveis profissionais do ramo psíquico, à luz da ciência, quer nos parecer, realmente, esteja o periciado apto a retornar ao convívio social, quando não, pelo menos, tentar o retorno ao ambiente denominado normal.

Efetivamente, já se foi o tempo em que o denominado “louco”, estigmatizado pelo resto da existência, estava condenado a permanecer sob jaulas, inútil que era considerado a qualquer tipo de reabilitação. Atualmente, com o incrível avanço científico, a partir das novas descobertas psicanalíticas e das descobertas também no campo da química, caíram por terra todos os vetustos conceitos acerca das doenças mentais, particularmente as esquizofrenias e paranóias.

²⁶ Idem

Dessa forma, mesmo no intrincado labirinto da mente humana, dissecada pela corrente psiquiatria, ainda resta a esperança de uma recuperação, por mais cruel possa ter sido o ato praticado.

A conclusão do laudo também é categórica, no afirmar que o submetido apresenta condições emocionais para retornar ao convívio social, mormente quando também consta que já existe oferta de emprego, na capital do Estado.

Assim, consideradas as razões expostas, é de ser deferido o pedido.

Após este período de internação, J.S.P. foi trabalhar em uma fazenda, nos arredores da grande Florianópolis. É a última informação que se tem dele e de seu caso, prestada pelo doutor Pedro Largura. Questionado sobre a possibilidade de tentar encontrá-lo, para se compreender melhor sua personalidade e seu retorno à sociedade, o doutor desaconselhou prontamente a idéia. “Seria delicado”, foram suas palavras exatas, julgando que o ex-paciente, se ainda estivesse vivo, com certeza não gostaria de lembrar fatos tão marcantes de sua vida, de uma hora para a outra.

O caso de J.S.P., um, pinçado entre tantos dos arquivos do Manicômio Judiciário, representa a intrigante história de um homem comum, extremamente religioso, que, num determinado dia, cruzou a fronteira entre sanidade e loucura. E que depois, como num “passe de mágica” – como se isso fosse possível – rapidamente recuperou a razão. Não cabe julgá-lo, isso já foi feito em mais de uma oportunidade, e nem julgar os profissionais que o internaram e depois lhe concederam alta. Mas cabe sim, concluir que seu caso mostra, de forma cristalina, a vulnerabilidade do homem, a imprevisibilidade da mente humana e a dificuldade de se diagnosticar e enquadrar num grupo esta figura do psicótico acusado de um delito, nessa misteriosa relação entre crime e loucura.

CONCLUSÃO

A cena era aterradora. Mesmo para ele, um policial experiente, com anos e anos de convivência com as piores espécies de seres humanos que pudessem existir. Já vira muitos crimes, estava habituado com eles. Cena do crime era algo que não mais o atemorizava, era banal. Rotineiro. Pelo menos, era isso o que pensava até aquele instante.

Tinha cinquenta anos, uma espessa barba branca lhe cobria o rosto e a calvície já se fizera acentuada. Mas tinha ótima visão e disso se orgulhava. Nunca precisara usar óculos e achava que isso nunca aconteceria. Tal cuidado nunca tivera com outras partes do corpo. A barriga era protuberante e, para sustentar as calças, utilizava-se de suspensórios. Lembrava-se da primeira vez que vira a cena de um crime. Um marido, enciumado, acreditando estar sendo traído, havia assassinado a esposa com dezenove facadas. Quando viu o corpo da mulher no chão, envolto numa poça de sangue, correu para o banheiro e vomitou sem parar. Ao longo dos anos, porém, as demonstrações de barbárie foram se repetindo, a violência se banalizando e ele via corpos sem vida com a mesma naturalidade com que lia um jornal.

Mas este crime era diferente. Após tantos anos, voltara-se a se chocar. Estava no meio de uma fazenda abandonada. O matagal tomava conta de tudo, inclusive de uma construção que outrora abrigara uma família. Agora, servia a jovens aventureiros, que a utilizavam para acampar.

O cenário era desolador. Algumas panelas velhas, um pequeno fogão, roupas amarrotadas. No ar, um odor de podridão e morte. Sobre a cama jazia o corpo de uma jovem. Aparentemente, não mais que dezesseis anos. Podia ser minha filha, pensou.

Tinha belos olhos azuis, grandes, e um cabelo liso, castanho, que caía até abaixo dos ombros. Do lado de fora da casa encontraram um rapaz, seu namorado, que aparentava ser um pouco mais velho. Também estava morto. Um tiro na nuca, procedimento próprio de uma execução, ceifara-lhe a vida.

Sua emoção, porém, concentrava-se nela. Havia dias que estava sumida. Parecia ser um seqüestro, mas a família não recebera qualquer pedido de resgate. Saíra para acampar com o namorado sem avisar os pais. Atitude boba, de adolescentes imaturos, que não entendem que os pais não “pegam no pé” pelo prazer de serem chatos, mas simplesmente porque querem o bem e amam os filhos. A princípio, acreditou que pudesse desvendar o crime. Mais um em tantos anos, mais um de uma sociedade violenta. Mas chegara tarde.

O assassino agira de maneira solitária. Morava nas redondezas e encontrara o casal acampando, por acaso. Tinha um histórico familiar de agressividade, envolvido em brigas na escola, que largou ainda muito jovem. Na adolescência, envolveu-se com drogas, consumia álcool inveteradamente e não permanecia por muito tempo em emprego nenhum. No entanto, seu quadro, de delinqüência juvenil, evoluiu para debilidade mental. Era um policial e não um psiquiatra, mas tinha amigos nessa função. Segundo eles, qualquer um com a biografia do acusado, tinha um grande potencial de desenvolver uma doença mental ou, talvez, cometer um crime.

Aquela cidade já fora mais tranqüila. Agora, porém, a criminalidade aumentava a olhos vistos. Como seria o futuro?, indagava-se. Enquanto o acusado era conduzido à delegacia, continuou a vislumbrar a cena do crime. A menina fora morta com dezessete facadas. A arma estava ao lado da cama. Sem dúvida, fora também vítima de crime sexual. Considerava esta a mais abjeta de todas as violências. Pobre jovem, morta ainda

no auge da juventude, tão cheia de vida e confiança. Morta ainda na idade em que pensamos poder tudo e nos sentimos super-homens. Ou mulheres-maravilha. Ledo engano. Se tivesse vivido para chegar à fase adulta, veria que somos tão frágeis quanto nossos sonhos.

O destino do acusado era uma incógnita. Pelo policial, colocaria-o numa cela bem segura e jogaria a chave fora. Mas isso estava fora do seu alcance. Pelos seus colegas, o acusado estaria morto antes de ir a julgamento. Isso, porém, não considerava certo. Se havia leis, elas que fossem cumpridas e não era seu papel julgá-las certas ou não. Uma suposição, no entanto, tinha: o destino do criminoso seria a Colônia Santana, já que era evidente não se tratar de uma pessoa “normal”. Poderia ficar na cadeia comum, como tantos outros. Mas, também como tantos outros, poderia ser encaminhado à Colônia.

Pierre era o nome do criminoso. Sua mãe vira o nome numa fotonovela e escolhera para o caçula. “É francês”, repetia, a quem lhe perguntasse a origem. Como suspeitara o policial que investigou o caso, Pierre foi encaminhado à Colônia Santana. Foi declarado incapaz de entender o caráter criminoso de seu ato. Em outras palavras, doente mental. Não entendeu o quão violento foi o ato de matar os dois jovens.

Na Colônia Santana, ficou numa ala em separado, que chamavam de “Manicômio Judiciário”. Começou a receber tratamento, que incluía esporádicas sessões de terapia e medicamentos. Eletrochoque também recebeu, mas em raras oportunidades. Eram tempos difíceis no hospital. Estava superlotado. Havia mais de duas mil pessoas, num espaço que não deveria receber nem mil. Colchões não havia para todos e, às vezes, para dormir valia a lei do mais forte. Nisso, tinha sorte. Era alto,

de porte físico avantajado, impunha respeito aos demais. Mesmo estando numa ala separada, em várias oportunidades conviveu com os doentes mentais que moravam na Colônia. E se aproveitou de alguns deles. Não cometeu nenhum ato de violência, pois logo teve consciência que tivera um “surto” e que não voltaria a matar. Mas aproveitava-se da inocência de seus colegas de infortúnio para furtar comida ou trapacear em pequenas disputas, como no jogo de dominó.

Sabia que a convivência, num mesmo espaço, de doentes mentais e criminosos, não era bem vista pelos médicos da Colônia. Ninguém nunca lhe dissera, mas ele notava nos comentários dos profissionais que lá trabalhavam. Através destes comentários é que ficou sabendo que seria transferido. Haviam construído um outro “manicômio”, bem longe da Colônia Santana, para onde seria levado rapidamente.

Ficou pouco tempo internado no hospício. Durante este período, não recebeu uma única visita. Tinha apenas a mãe, já uma senhora idosa e doente, e uma irmã. Nunca se dera muito bem com ela, mas os laços familiares o faziam a querer bem. Mas ela nunca o visitou. Esperava a sua presença nos dias autorizados aos familiares, porém ela jamais apareceu. Ficou preocupado com a transferência. Caso ela quisesse visitá-lo, saberia que ele não estava mais ali e sim no novo manicômio?

Junto com mais algumas dezenas de pacientes, Pierre foi transferido da Colônia Santana para o Manicômio Judiciário. O clima era de festa. Não para ele, lógico, mas para as pessoas que tomavam conta do local. Parecia que aquele seu novo habitat significava muito para estas pessoas.

No Manicômio Judiciário, procurou, aos poucos, integrar-se e desenvolver novas atividades. Através de seu advogado, ficou sabendo que fora sentenciado a uma

medida de segurança com prazo mínimo fixado em cinco anos. Não sabia ao certo o significado destas palavras – “medida de segurança” – mas entendeu que elas representavam a fronteira estabelecida entre o seu mundo anterior e o atual.

Após algumas atividades, conseguiu adaptar-se bem ao trabalho na lavoura. Sentia-se bem. Não tinha mais seus rompantes de “loucura”, acreditava ele. Aliás, nunca se considerara um “louco”, no entanto ouviu tanto isso ao longo da vida que passou a acreditar que era um. Julgava-se um injustiçado, uma pessoa sem sorte. Nunca adaptara-se a empregos, nem a amigos, nem à família. Vivia como um errante. Cometia pequenos delitos, mas matar alguém nunca havia lhe passado pela cabeça.

Seu destino começou a mudar quando conseguiu uma arma. De posse dela, passou a ameaçar vizinhos, a mãe, a irmã. Ainda se lembrava do susto da irmã ao vê-lo chegar em casa com a arma em punho, bradando a plenos pulmões que iria matá-la e a quem atravessasse seu caminho. Um dia, brigou com um vizinho e o acertou com várias coronhadas na cabeça. O infeliz não morreu por sorte, mas ele foi preso. Sua primeira prisão. Ficou pouco tempo e logo retornou às ruas.

Naquela tarde, entretanto, o destino lhe colocou à frente novos personagens. Caminhava pelas redondezas da sua casa, armado, assoviando para o céu, vendo o tempo passar. De repente, avistou dois jovens acampados numa construção abandonada. Daí para o ataque, tudo foi muito rápido. Os doutores lhe disseram, depois, que tivera um surto psicótico. Perdera momentaneamente a consciência da realidade. O fato é que abordou os dois jovens e, vendo como a menina era linda, decidiu livrar-se do rapaz. Nunca havia matado ninguém, mas não deveria ser algo muito difícil. Mandou que se ajoelhasse e disparou contra a nuca. Um tiro só, certo e o corpo caiu sem vida à sua frente. Depois, ocupou-se dela. Aterrorizada ao ver o namorado ser morto na sua frente,

ainda tentou fugir, lutar, mas foi em vão. Pierre a dominou e a manteve presa durante dois dias. Nesse período, a torturou e estuprou. Por fim, assassinou-a com dezessete facadas, pois não tinha mais balas no revólver que tanto prezava.

Seu caso ganhou repercussão nos jornais. Muitos pediram sua morte. Outros não aceitaram o laudo de insanidade mental. Como seria ele um “louco” se a manteve por tanto tempo em cativeiro? Sabia muito bem o que estava fazendo, diziam. Mas acabou sendo considerado incapaz e conduzido à Colônia e depois ao Manicômio. Até aquele momento, não sabia dizer ao certo o que teria sido melhor. Tinha dificuldades em se aceitar como doente, porém achava que numa cadeia comum estaria morto. Em contrapartida, no sistema comum, provavelmente sairia mais cedo, apesar da brutalidade do crime. No Manicômio, poderia ficar a vida inteira, pois dependia de um laudo dos doutores, liberando-o. E se isso acontecesse, para onde iria, o que faria? Sua irmã continuava sem aparecer. E ele não sabia fazer quase nada. Estava gostando um pouco do trabalho na plantação, mas não sabia se era isso que queria fazer a vida toda.

No seu dia a dia no Manicômio, observava casos interessantes. Via muitas pessoas serem internadas. Umavam ficavam pouco tempo, outras permaneciam longos períodos, como ele. Outras ainda, após um breve período, eram liberadas, mas não tardavam em voltar. Via pessoas que eram internadas por consumirem drogas, principalmente maconha. Consumira a erva na adolescência, mas não insistira. Achava que ser preso por um cigarro era exagero, porém não era ele quem fazia as leis.

Durante sua estada no Manicômio, internaram um homem que matara o filho de dez meses. Ficou sabendo que o homem se dizia Jesus Cristo e que a morte da criança era parte de um ritual. Assustou-se com a brutalidade do crime. Mesmo ele tendo cometido um tão abjeto quanto. O homem que se dizia um Messias logo destacou-

se dentro do Manicômio e, entre outras coisas, tornou-se o chefe da horta, na qual Pierre trabalhava.

Os anos se passaram, até que Pierre, após sucessivos exames, foi considerado apto a sair do Manicômio. Sabia que essas questões de liberdade não eram fáceis. Sabia que ele fazia parte de um grupo de pessoas especiais, que estavam, ao mesmo tempo, sob a tutela de médicos e advogados. Sabia também que voltar às ruas não seria uma tarefa fácil. A dúvida do que fazer, que lhe atormentara em algumas oportunidades, ressurgia agora cristalina. Mas, acima de tudo, considerava-se curado. Entendeu que era um doente e acreditava estar recuperado de seu “mal”, como dizia aos outros.

Esperou em vão que a irmã viesse buscá-lo. Nem mesmo ficou sabendo que ela reuniu assinaturas de outros moradores da região e entregou o abaixo-assinado ao juiz, pedindo que o irmão continuasse no Manicômio. Esta lista chegou à direção do Manicômio. “Que situação”, pensou o doutor Pedro Largura, diretor da instituição. Apesar do desejo contrário de seus familiares e vizinhos, clinicamente Pierre estava curado. “A remissão de seu quadro é total”, afirmava o laudo.

De volta às ruas, não tardou para que seu quadro clínico decaísse. Será que algum dia ele teve “lugar” na sociedade? Fora dos muros do Manicômio, sem um amparo médico, sem os afazeres da horta e da conversa com outros internos e funcionários, seu mundo ruiu. Sabia que a readaptação era um processo difícil, vira outros casos. Mas o Serviço Social e outros profissionais do Manicômio tentavam abrandar este retorno. No seu caso, porém, parecia não ter sido o suficiente.

Voltara para casa, mesmo a contragosto da irmã e da mãe. Os vizinhos, então, o temiam. Atravessavam a rua, para não cruzar com ele. Se a psicose é fruto de um

distúrbio mental, de um trauma, enfim, se suas razões principais localizam-se fora ou dentro do corpo, Pierre não tinha como saber. Mas o que soube foi que, aos poucos, sentiu-se completamente “louco”, no sentido popular da palavra. As crianças, ao vê-lo passar, gritavam “louquinho”, “louquinho”.

A irmã pediu que fosse novamente levado à Colônia Santana. No entanto, o hospital agora só internava em casos agudos. Havia uma nova política que previa tratamento em ambulatórios de saúde regionais. Ela o procurou. Contra a vontade de Pierre, o levou a esse lugar. Foi tratado por diferentes profissionais e medicado. O quadro, porém, não mudou.

Terminou indo embora de casa. A mãe e a irmã sentiram-se aliviadas. Mas conviviam com o medo dele voltar e cometer mais um crime, tão ou mais violento que o de anos atrás, a morte dos adolescentes. Pierre, porém, nunca mais retornou à sua casa. Saiu pelo mundo. Foi visto trabalhando no Mercado Público e pedindo esmolas no centro da cidade. Às vezes, pequenos surtos psicóticos o levavam a ser internado. Chegou, como a irmã queria, a retornar à Colônia Santana, mas sempre permanecia por pouco tempo.

A história de Pierre, porém, terminou num domingo pela manhã. Chovia muito e ele andava pelas ruas, a esmo. De repente, avistou dois jovens descendo de um automóvel. A associação foi inevitável. Em sua mente, voltaram as lembranças de anos atrás, dos jovens que assassinara. A semelhança física era indiscutível. Ela era parecidíssima com aquela que um dia tivera nos braços. Aproximou-se dos jovens, que não notaram sua presença.

Mesmo vivendo nas ruas e alimentando-se com dificuldades, Pierre era ainda um homem forte. Sem que o jovem notasse, ele o agarrou pelas costas e jogou sua cabeça contra o carro. Imediatamente o rapaz caiu desmaiado, com o sangue a escorrer-lhe da testa e misturar-se com a água da chuva. A menina, de tão assustada, não conseguiu gritar. Olhou aterrorizada e tentou correr. Pierre, porém, a alcançou sem dificuldades e a derrubou no chão.

As ruas pareciam desertas. Além de ser um domingo pela manhã, chovia muito e isso afastava o movimento. A menina tentou se desvencilhar. Lutou com dificuldades e não obteve sucesso. Pierre a imobilizou, cobriu sua boca e começou a arrastá-la para um beco.

O destino da jovem parecia traçado quando, de repente, o inesperado aconteceu. Um zumbido cortou o ar e, onde antes havia o barulho, fez-se o silêncio. Pierre sentiu uma pontada muito forte e parecia que algo lhe devorava as entranhas. Levou a mão às costas e verificou assustado que estava sangrando. Começou a sentir falta de ar e olhou aturdido nos olhos da jovem. Largou instintivamente seu braço e ela correu em disparada na direção do carro, onde o namorado ainda estava caído. Pierre caiu vagarosamente e virou-se com dificuldades. Deitou de costas, tentando olhar para cima, mas a chuva forte o impedia. Tossiu sangue.

Ao seu lado, um homem se aproximou. Protegia a cabeça com um jornal, que saíra para comprar. Mesmo assim, a chuva o molhava impiedosamente. Na espessa barba branca, o líquido empoçava nos pêlos. Fitou o homem caído no chão e lembrou-se nitidamente de quem era. O assassino que tanto o chocara anos atrás, ao assassinar uma jovem e seu namorado. Agora, a cena parecia prestes a se repetir. Havia saído para

comprar o jornal, leitura indispensável dos domingos, enquanto a esposa preparava a comida, esperando a filha e o namorado para o almoço.

Pierre, em meio a chuva, também o fitou diretamente nos olhos. Reconheceram-se. O assassino era agora assassinado. O policial chamara uma ambulância, mas no fundo torcia para que não chegassem a tempo. E Pierre, aos seus olhos, parecia aliviado. Finalmente morreu, com a aparência tranqüila, enquanto o sangue que escapava de seu corpo misturava-se a água e corria, transformando a cor do asfalto.

FONTES

Entrevistas

Dr. Alan Índio Serrano

Dr. João Harold Bertelli

Dr. Pedro Largura

Documentos

Anais da Assembléia Legislativa

Código Penal

Diário da Assembléia Legislativa

Mensagens ou relatórios dos governadores às Assembléias

Mensagens ou relatórios dos Inspetores ou Secretários de Saúde

Mensagens ou relatórios dos Secretários de Justiça

Prontuários Médicos (Colônia Santana e Manicômio Judiciário)

Relatórios da Secretaria da Justiça

Relatórios da Secretaria da Saúde

Relatórios do Interventor do Estado ao governo federal

Relatórios dos diretores da Colônia Santana

Jornais

O Estado

Locais de Pesquisa

Manicômio Judiciário de Santa Catarina

Hospital Colônia Santana

Palácio da Memória – Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina

Biblioteca Estadual, em Florianópolis

Biblioteca Universitária, UFSC

Arquivo Público do Estado

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BENOSKI, Diogo Albino. **A loucura controlada: poderes e influências da administração da Colônia Santana**. Trabalho de Conclusão de Curso em História. Florianópolis: UFSC, 2002.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade**. In: História, Ciências e Saúde: Manguinhos. Rio de Janeiro, vol.3, nº 1. mar/jun, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Lingüísticas**. São Paulo: Edusp, 1996.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: UERJ; São Paulo: USP, 1998.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

CORRÊA, Josel Machado. **Um estudo jurídico e político sobre saúde mental**. Tese (Doutorado em Direito). Florianópolis: UFSC, 1996.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de uma asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela – psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Té Cora, 1992.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DUARTE JUNIOR, João Francisco. **A política da loucura (a antipsiquiatria)**. 3ªed. Campinas: Papyrus, 1987.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. 2ªed. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRY, Peter; CARRARA, Sérgio. As vicissitudes do liberalismo no Código Penal brasileiro. In: **Revista Brasileira de Clínicas Sociais**, nº 2, vol. 1, out. 1996.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, Mônica Medeiros. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Experiência de um Grupo Vivencial**. Monografia de Conclusão de Curso em Serviço Social. Florianópolis: UFSC, 2001.

GUATTARI, Felix. Linguagem, consciência e sociedade. In: **Saúde e loucura 2**. 3ªed

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle***. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da Política**. 2ªed. Campinas: Unicamp/Papirus, 1986.

MACHADO, Roberto et. al. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978

MAIA, Rousiley C. M. e FERNANDES, Adélia B. **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política**. IN: Revista Brasileira de Ciências Sociais. [online]. fev. 2002, vol.17, no.48. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br/scielo>> ISSN 0102-6909.

MARQUES, Elisa Paula. **Vozes veladas: a relação entre os pacientes da Colônia Santana com os familiares e sua comunidade durante as décadas de 1940-1960**. Trabalho de Conclusão de Curso em História. Florianópolis: UFSC, 2003.

MELO, Marcos Costa. **O Estado e a "Loucura": da trajetória à concretização da Colônia Santana**. Monografia de Graduação em História. Florianópolis: UFSC, 2002.

MURARO, Valmir Francisco. **De hospital a hospício: um pouco de história oral**. Anais do IX Encontro Estadual de História. Florianópolis: UFSC, 2002. CD-Rom.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. Todo gênero de louco: uma questão de capacidade. In: **Revista Brasileira de Direito da Família**. Nº 01. Abril-Junho/ 1999.

PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez; Recife: UFPE, 1995.

PORTER, Roy. História do Corpo. In: BURKE, Peter (Org.). **A Escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1992.

PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. 2ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

ROTTERDAM, Erasmo de. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Martin Claret, 2001.

SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Guia dos Serviços Públicos e Comunitários de Saúde Mental de Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, 1998.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SERRANO, Alan Índio. **O que é psiquiatria alternativa.** São Paulo: Brasiliense, 1982.

SOUZA, Olímpia Maluf. **As condições de produção dos laudos periciais de indivíduos com suspeição de insanidade.** (Dissertação de Mestrado). Campinas: Unicamp, 2000.