

**HÁ DIREITO NO “CANTO DOS MALDITOS”?**  
IS THERE LAW AT THE “CANTO DOS MALDITOS”?

Elisângela Amaral de Queiróz<sup>1</sup>

Grasielle Borges de Carvalho<sup>2</sup>

Resumo: Em outubro de 1974, Austregésilo Carrano foi internado involuntariamente em um hospital psiquiátrico, o Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro. Lá o mesmo teve contato com o que mais tarde chamou de “canto dos malditos”, um espaço dividido por crônicos da instituição em que se encontrava. Através da conceituação do que vem a ser uma instituição total, breve comentário sobre o relatório da Associação Brasileira de Psiquiatria e comparação do tratamento obtido com o previsto na lei 10.216/01, busca-se questionar a existência do direito não só nos limites do “canto dos malditos” mas nas instituições psiquiátricas em geral. A experiência de Carrano rendeu-lhe um livro rico em detalhes que deu voz aos “malditos” e trouxe à tona uma realidade ignorada pela sociedade brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: hospital psiquiátrico; Canto dos malditos; Lei 10.216/01

Abstract: In October 1974, Austregésilo Carrano was interned involuntarily to a psychiatric hospital, the Spiritist Hospital of Psychiatry Bom Retiro. There he was in contact with what was later called "corner of the damned", an area divided by the chronic patients at the hospital. Through the conceptualization of what comes to be a total institution, brief comment on the report of the Brazilian Association of Psychiatry and comparison of treatment obtained with the forecasts in the law 10.216/01, we seek not to question the existence of the right only within the limits of "corner of the damned" but in psychiatric institutions in general. Carrano's experience was transformed into a book rich in details that gave voice to the "cursed" and brought up a reality ignored by Brazilian society.

---

1 Acadêmica do Curso de Direito da Universidade Tiradentes/SE. Aluna de iniciação científica PROVIC 2013/2014 com o tema: “Análise da Eficácia da Aplicação das Medidas de Segurança em Sergipe”.

2 Mestre em Direito Penal pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP. Especialista em Direito Penal pela Escola Superior do Ministério Público de São Paulo. Professora e Pesquisadora do Curso de Direito da Universidade Tiradentes/Se, nas disciplinas de Direito Penal, Processo Penal, Execução Penal e Criminologia. Líder do Grupo de Pesquisa do Diretório de Pesquisa do Cnpq de Execução Penal. Advogada

KEYWORDS: psychiatric hospital; corner of the damned; law no. 10.216/01

## 1. INTRODUÇÃO

A história da loucura confunde-se com a história das ideias religiosas. Antes de atingir o status de doença mental, a loucura passou pelo status de possessão. O doente, durante a Idade Média e o Renascimento, era mero prisioneiro em uma longa rede de significados religiosos e mágicos que buscavam explicar a sua condição. Foi nesse momento que as explicações perderam o seu sentido religioso e precisaram do apoio da medicina, a qual passou a criticar todos os fenômenos paranormais e situá-los como patologia. (FOUCAULT, 1994, p. 76).

Em meados do século XV, a loucura experienciava uma grande liberdade. Era entretenimento, tendo seus célebres personagens conhecidos por escreverem “obras de loucura”. Há até cerca de 1650 certa hospitalidade. No entanto, em meados do século XVII o cenário muda, o entretenimento dá lugar à exclusão. São criados em toda Europa estabelecimentos para que sejam internados não só os loucos, mas também os pobres, mendigos, desempregados, portadores de doenças venéreas e qualquer indivíduo considerado indesejável, a quem a família ou a autoridade queira castigar. (FOUCAULT, 1994, p. 78).

Embora em 1789 haja um movimento para abolir a internação e tornar possível o atendimento na própria casa, através de auxílios e benefícios financeiros. Percebe-se aqui que o louco não poderia retornar uma vez que sua liberdade significa perigo para si e para outrem. Dessa maneira, os estabelecimentos voltados ao internamento de diversos grupos passam a ser dedicados apenas aos loucos. Eis aqui o momento em que a internação torna-se medida médica. (FOUCAULT, 1994, p. 81).

A intervenção e atuação do médico francês Philippe Pinel (1745-1826) foi fundamental na mudança do paradigma da loucura. Considerado um herói dos direitos humanos, foi o responsável por substituir a cadeia e os métodos brutais a que eram submetidos os loucos por um regime de afabilidade e bondade. Diferente do pensamento da época, Pinel acreditava que as doenças mentais eram resultantes de tensões sociais e psicológicas em excesso, além de causas hereditárias e outros fatores. (BARRETO, 2012, p. 30). O francês acreditava que através de suas novas metodologias, seria capaz de curar os seus pacientes. Essa modernização traz para Pinel a alcunha de “Bom Senhor Pinel”.

(MONTEIRO, 1990, p. 119).

Séculos depois, a história nos conta que essa modernização da psiquiatria acabou por tornar-se tão maléfica e quase tão arcaica quanto a sua antecessora. O tratamento humanizado, distante da selvageria empregada em outros tempos parece esquecido. A psiquiatria torna-se um instrumento de repressão e controle social, os internados veem-se como prisioneiros. A internação deixa de ser reservada apenas aos loucos, e mais uma vez são internados os toxicômanos, alcólatras e menores infratores, sendo que estes últimos costumam preferir a cadeia ao hospital. (MOREIRA, 1983, p. 71).

Este artigo visa analisar o livro *Canto dos Malditos*, um relato detalhado sobre a experiência dentro de uma instituição psiquiátrica no Brasil. Através da narrativa de Austregésilo Carrano vai-se compreendendo a distância entre as intenções de Pinel e seu tratamento humanitário, e a realidade. Embora séculos separem os acontecimentos, é importante salientar o modo como a história e, principalmente, o tipo de tratamento se repetem.

Em outubro de 1974, o então adolescente Austregésilo Carrano, viveu algo que, “supunha, fosse apenas ficção de filmes americanos de terror” (CARRANO, 1993, p. 35). Usuário de maconha, vítima da má informação do seu pai, Carrano foi internado involuntariamente em um hospital psiquiátrico com o intuito de ser tratado do seu “vício”.

Para a surpresa de seu pai, o tratamento que deveria livrar o filho das drogas e, posteriormente, trazê-lo de volta ao convívio familiar, acabou por comprometer a sua integridade física. O referido “tratamento” era baseado na aplicação de eletrochoques sem preparação ou exame preventivo, ingestão diária de 20 a 25 comprimidos e aplicação de injeções que acarretaram infecções e inchaços. Aos poucos, os efeitos transformaram Carrano em um crônico. Nas palavras do autor: “Tudo passava lento. Percebia o que acontecia, mas não participava. [...] De goiaba, os novatos já me chamavam.” (CARRANO, 1993, p. 90).

A sua jornada em instituições psiquiátricas durou cerca de 3 anos e lhe custou a saúde. A verdadeira desinternação só aconteceu após Carrano atear fogo à sua cela, abrindo os olhos de seus familiares para o que havia além dos jardins bem cuidados onde ocorriam as visitas.

O questionamento da existência do direito no canto dos malditos continua muito atual. Embora o ocorrido se passe na década de 70, em plena vigência do AI-5, as condições encontradas hoje nos diversos hospitais psiquiátricos do país demonstram que poucas mudanças ocorreram efetivamente. O objetivo deste trabalho é questionar não só o que o autor descreve como “canto dos malditos”, mas também questionar a existência do direito

dentro das instituições em questão.

O artigo se divide em 4 partes: a primeira explicando o que vem a ser este “canto”; a segunda aprofundando o conceito de instituição total, fundamental para o entendimento do contexto em que Carrano se encontrava; a terceira demonstrando os passos rumo à segregação; a última, por fim, explana os movimentos de reforma psiquiátrica que visam anular este e outros espaços excludentes.

## **2. O CANTO DOS MALDITOS**

Antes de adentrar a análise da existência do direito no canto dos malditos, é necessário compreender o que é este canto. Não se trata aqui de uma abstração ou parábola, e sim de um destino cruel e sem retorno. Trata-se do ápice da loucura, sua mais pura essência e a representação do seu completo abandono pela sociedade. Nele, inexistem identidade, integridade, dignidade. Reina a fisiologia mais primitiva, sem espaço para ajustamentos ou eufemismos. Nas palavras de Carrano:

Aquele canto era qualquer coisa diabólica. Como se o demônio tivesse o comando de suas mentes, nelas derramando sua ira e por divertimento os atormentasse, apenas para distração. Aquilo era satânico: pessoas urinadas, defecadas, revirando os olhos, cabeças, querendo entrar dentro do concreto. Todo aquele tormento só podia ser comparado ao inferno. Se ele realmente existe, sem dúvidas eu estava vendo um pedacinho dele, ali naquele canto – o canto dos malditos... (CARRANO, 1993, p. 38)

O canto dos malditos é um pequeno espaço no Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, no Paraná, o primeiro hospital em que Carrano foi internado. A imagem acima descrita é a dos crônicos.. Tratam-se de pacientes de longo prazo na instituição que, além de estarem profundamente dependentes da mesma, não apresentam sinais de cura.

## **3. A INSTITUIÇÃO TOTAL**

O primeiro passo para a compreensão deste espaço é o entendimento do que vem a ser a instituição em que se encontra Carrano. Segundo Goffman (1974), “uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por

considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Uma instituição é fechada quando apresenta barreiras impostas às relações sociais com o mundo externo como, muitas vezes, proibições à saída, não raramente incluídas no esquema físico, que pode apresentar portas fechadas, paredes altas, arame farpado etc. Instituições que possuem em seu arcabouço tal distanciamento do mundo externo podem ser consideradas “totais”. (GOFFMAN, 1974, p. 16).

As instituições totais podem ser agrupadas em cinco conjuntos. Em primeiro lugar estão as instituições criadas para o cuidado de pessoas incapazes e inofensivas, como orfanatos e asilos. A seguir, tem-se os estabelecimentos para pessoas incapazes de cuidar de si mesmas com o agravante de serem uma ameaça à comunidade, ainda que de maneira não intencional. Aqui se encaixam os hospitais psiquiátricos. O terceiro grupo, das penitenciárias é caracterizada por instituições que protegem a comunidade de pessoas intencionalmente perigosas. Há também as instituições cujo intuito é a realização de modo mais adequado de alguma tarefa ou trabalho, justificadas através de fundamentos instrumentais, tais com quartéis, navios e escolas internas. Por fim, estão os estabelecimentos cujo destino é refugiar voluntariamente o seu interno do mundo, como os mosteiros e conventos. (GOFFMAN, 1974, p. 17).

Uma instituição total rompe as barreiras das esferas da vida, seja pessoal, profissional ou de lazer. Viver neste tipo de instituição significa realizar todas essas tarefas em um mesmo local, sob uma mesma autoridade, cercada por um grupo de outras pessoas tratadas da mesma forma, obrigadas a fazer as mesmas coisas. Mais ainda, estas atividades são rigorosamente estabelecidas em horários. (GOFFMAN, 1974, p. 17).

Para fins deste estudo, tomaremos o hospital psiquiátrico como exemplo de instituição. Nele podemos identificar – assim como em outras instituições – a divisão básica entre um grande grupo controlado, os internos, e uma pequena equipe de supervisão. Neste âmbito, “cada agrupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis” (GOFFMAN, 1974, p. 19). Além disso, a instituição total, por ser parcialmente comunidade residencial e parcialmente organização formal, pode ser considerada um híbrido social.

A problemática deste tipo de instituição surge com as sucessivas mortificações do eu, ainda que não intencionais. A primeira dessas mortificações é a barreira colocada entre o internado e o mundo externo, devido à qual há uma perturbação na sequência dos papéis desempenhados anteriormente pelo interno, gerando o despojamento destes. Na instituição há, inclusive, a possibilidade de perdas irrecuperáveis de papéis. Em sequência, é o momento de

se desfazer de bens pessoais, que serão posteriormente substituídos por bens pertencentes à instituição, muitas vezes recolhidos periodicamente com o intuito de desinfetá-los de identificações. (GOFFMAN, 1974, p. 24).

No caso específico dos hospitais psiquiátricos, há também a desfiguração pessoal decorrente de mutilações do corpo, como no caso da lobotomia, cirurgia amplamente utilizada nestas instituições com o intuito de “curar” algumas doenças. Há também a ampla e desregrada utilização de medicamentos psicoativos que, embora não perceptível em um primeiro momento, pode ser considerada uma das perdas irrecuperáveis, uma vez que resulta na retirada da capacidade do paciente e em muitos casos, na cronificação do mesmo, impedindo-o de retornar ao convívio social. (GOFFMAN, 1974, p. 28)

Outra das mortificações é a violação do território do interno, considerada uma exposição contaminadora. À medida em que avança o tempo do interno dentro da instituição, mais invadido e violado é seu território, seja em momentos de higienização, que acabam por ser partilhados com outros participantes do grupo, seja em momentos expositivos decorrentes de castigos ou supervisões coletivas. Esta contaminação também pode ocorrer mediante contato interpessoal, como no caso de hospitais psiquiátricos em que há a mistura de grupos étnicos, etários e raciais, gerando muitas vezes contaminação pelo contato com companheiros indesejáveis. (GOFFMAN, 1974, p. 31).

Estas mortificações atingem níveis que não são facilmente observáveis. Ser interno de uma instituição total significa abandonar não só papéis, mas gestos mínimos de resposta às ações ou ajustes quase imperceptíveis frente a situações adversas. A rotina imposta dentro da instituição lapida as ações diárias, intensificando as tais mortificações.

O modo como a autoridade é exercida também é um fator importante a ser considerado. Enquanto no mundo externo um adulto geralmente responde apenas a um único superior – sendo excluída desta lista a polícia – dentro da instituição o interno deve responder a diversos agentes superiores, além de poder sofrer sanções diferenciadas por parte de cada um deles, já que se baseiam em regulamentos difusos, novos e rigorosamente impostos. Tal regulamentação confusa gera a necessidade de um esforço consciente e persistente do interno para não enfrentar problemas. (GOFFMAN, 1974, p. 45).

Trazendo mais uma vez essa realidade para o âmbito de hospitais psiquiátricos, pode-se observar, após as mortificações do eu, grande dependência da rotina, mesmo que nela existam aspectos humilhantes e lesantes. A cultura do local, os laços criados entre os internos e o modo como o tratamento é conduzido contribuem para que, na maioria dos casos, o modelo manicomial de atenção à saúde mental seja mais um agente de doença do que de cura.

É contra este modelo de atenção que vão surgir, como será visto adiante, movimentos voltados para modificação e melhoria dessas instituições.

#### 4. JORNADA AO CANTO DOS MALDITOS

Como dito anteriormente, o canto dos malditos era um espaço dividido pelos crônicos do hospital psiquiátrico paranaense onde se passa o livro de Carrano. Mas o canto dos malditos como ponto sem retorno do abandono da loucura, é uma figura muito mais problemática e difícil de visualizar. A jornada até ele contém 3 passos distintos, e alcançá-lo, bem como pertencer a ele, significa pertencer ao esquecimento, despir-se direitos e ser silenciado por uma instituição e seus servidores.

##### 4.1. PRIMEIRO PASSO: A “ADMISSÃO”

Jamais sonharia aonde os caminhos da minha adolescência me levariam. Algo que, supunha, fosse apenas ficção de filmes americanos de terror – aconteceu. Em meados de outubro de 1974, chegando em casa, fui convidado por meu pai a acompanhá-lo em visita a um amigo seu, hospitalizado. [...] Lá chegando, no hospital, de imediato dois enfermeiros vieram ao nosso encontro, antes mesmo de entrarmos nas instalações. Com sorrisos, ficou um de cada lado, e eu no meio dos dois. Já não gostei daquela posição. Pegaram em meus braços. (CARRANO, 1993, p. 36)

Conforme a lei 10.216/01, a internação sofrida por Carrano pode ser caracterizada como internação involuntária. Embora sua experiência tenha ocorrido em tempos de ditadura militar, a promulgação da Constituição Federal de 1988 não foi o suficiente para modificar ou prevenir experiências similares, não só no Hospital Espírita de Psiquiatria do Bom Retiro, mas em inúmeras outras instituições por todo o país. Relatórios e denúncias demonstram as constantes afrontas aos direitos humanos ou, mais grave ainda, a completa ignorância dos mesmos.<sup>1</sup>

Por esta razão, o relato de Carrano pode ser considerado atual, pois ainda persistem violações aos direitos humanos, na medida em que demonstram o modo como

---

1 Depoimento de uma mãe cujo filho foi internado na clínica El Shadai, em Bragança Paulista no interior de São Paulo: “(Ele) foi espancado por quatro internos com uma barra de ferro, levou choque elétrico, etc. Praticamente um campo de concentração nazista, ao invés de uma clínica para recuperação de dependentes químicos”.

operam os mecanismos repressivos, a corrupção e as relações de poder dentro das instituições totais. Acompanhando passo a passo da trajetória de Carrano, pode-se visualizar na prática os estágios de internação explicados por Goffman em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*.

Ao entrar em uma instituição total, o novo interno é despedido das suas disposições sociais que apoiam a concepção de si. Há, neste momento, uma série de “rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu” (GOFFMAN, 1974, p. 24). Pode-se chamar esse processo de mortificação do eu. A primeira destas mortificações, como já dito, é a barreira imposta entre o interno e o mundo externo, a qual acarreta o despojamento dos seus papéis vividos anteriormente em sociedade. Se na vida em liberdade estes papéis não sofriam sobreposição, a vida interna será caracterizada pela perturbação desta sequência (GOFFMAN, 1974, p. 25).

Para Carrano, esse despojamento aconteceu de forma abrupta. Não houve, em sua experiência, os processos de admissão comuns a outras instituições como pesagem, fotografia, colheita de impressões digitais, procura e enumeração de bens, banho: “Já não gostei daquela posição. Pegaram em meus braços. - Ei! Péra (sic) aí... o que está acontecendo? [...] - Seu pai o trouxe aqui pra você fazer uns exames, apenas isso... [...] Puxaram-me para dentro de um pavilhão. [...] Caminhamos por um corredor.” (CARRANO, 1993, p. 36).

A seguir, foi-lhe aplicada uma injeção cujos efeitos passaram apenas no dia seguinte. Em seu primeiro dia não há explicações, consulta com um médico ou sequer a tentativa de se atenuar a situação. Virgílio de Mattos (2006, p. 41) nos ensina que a loucura é acompanhada pelo silêncio dos observadores e, dentre as suas diversas formas, na experiência de Carrano encontramos uma das piores: a omissão.

Este silêncio é evidenciado pelas sucessivas e frustradas tentativas de Carrano em conseguir informações sobre a sua condição, tratamento ou a próxima consulta com o médico. Não lhe disseram os nomes dos medicamentos aplicados ou a razão das aplicações. Sequer há previsão de desinternação ou os próximos passos a serem tomados.

Sem processo de admissão, a primeira mortificação do eu gera o despojamento abrupto do antigo papel social. Ontem, estudante preparando-se para o vestibular. Hoje, toxicômano internado para tratamento. Sua identidade foi sendo aos poucos suprimida com a perda dos bens, do nome, da possibilidade das ações mais simples e cotidianas. Em sequência, vieram as mutilações diretas e permanentes no corpo, decorrentes da série de eletrochoques.

#### 4.2. SEGUNDO PASSO: A ROTINA



Começa então a rotina obrigatória, dotada de diversas “indignidades físicas”, como o próprio Goffman (1974, p. 24) classifica a necessidade, por exemplo, de atos verbais de deferência para que coisas simples possam ser conseguidas, a utilização de colher para se alimentar, o ato de tomar banho em grupo ou sofrer inspeções corpóreas públicas.

Esta rotina irá gerar um outro tipo de mortificação, uma espécie de exposição contaminadora. Na vida livre, há a possibilidade de manter distância de objetos e pessoas que venham a contaminar, independente da forma, o território do eu. Já numa instituição total, este território é constantemente violado, quando indivíduos diferentes têm sua convivência forçada. Em um determinado trecho, Carrano descreve essas contaminações: “Quem raciocina e tem estômago não conseguiria comer um prato de comida naquela sala. As suas companhias de almoço seriam crônicos que defecam no banco. [...] Babando e misturando as fezes com arroz e feijão, riem para você, de boca cheia.” (CARRANO, 1993, p. 83).

Os conflitos originados dessa convivência forçada e difusa irão demandar um sistema de castigos e privilégios. A um observador desatento, estes parecerão demasiado simples, mas, no entanto, faz-se mister salientar que a sua base não provém de aspectos da vida civil. Como o internamento traz consigo a impossibilidade de realização de pequenas tarefas cotidianas, atividades triviais como o obter um cigarro ou utensílios de higiene de melhor qualidade podem ser – e são – considerados verdadeiros luxos. Tais requintes são obtidos através da equipe de supervisão segundo um sistema de castigos e privilégios, e é através deste sistema que se consegue a cooperação do grupo de internados (GOFFMAN, 1974, p. 50).

Basaglia (1985), exemplifica o poder da equipe de supervisão através do seguinte relato, ocorrido no hospital em que o mesmo trabalhava:

A técnica consistia em encarregar um doente (que se via, assim, impedido de dormir) de limpar o fumo de um cigarro das migalhas de pão que haviam sido misturadas a ele. A experiência demonstrara que a triagem daquela quantidade de fumo demorava exatamente meia hora, depois do que o doente despertava o enfermeiro, recebendo o fumo como pagamento. O enfermeiro marcava seu cartão (havia a exigência de que a cada meia hora provasse que estava acordado) e voltava a dormir (BASAGLIA, 1985, p. 100)

A este sistema controlador, soma-se o fato de que a autoridade dentro da instituição não obedece uma hierarquia precisa quanto à imposição de disciplina. Ou seja,

qualquer agente da equipe de supervisão pode impô-la do modo que bem entender. Este aspecto gera uma “angústia crônica quanto à desobediência às regras e suas consequências” criando a necessidade de um esforço persistente e consciente para que não haja o enfrentamento de problemas (GOFFMAN, 1974, p. 51).

Diante deste cenário surgem os ajustamentos secundários, necessários à adaptação ao ambiente e ao resgate do eu, dando ao internado “uma prova evidente de que é ainda um homem autônomo, com certo controle de seu ambiente” (GOFFMAN, 1974, p. 55). Estes ajustamentos podem ser exemplificados da seguinte forma:

Quando havia uma calamidade dessas (epidemia de piolhos), nós nos uníamos ajudando um ao outro, dando banho [...] raspando suas cabeças, colocando iodo. [...] Fora das pequenas epidemias, que nos atacam como um todo, formávamos grupos, porque era mais seguro. (CARRANO, 1993, p. 119)

Individualmente, encontram-se as táticas de adaptação. É importante salientar que elas não possuem uma ordem específica. O mesmo indivíduo pode utilizar-se de todas elas ao mesmo tempo, ou de forma separada. Na experiência de Carrano, por exemplo, elas serão apresentadas conforme os ocorridos em sua internação.

A tática de intransigência é caracterizada pelo desafio intencional à instituição, quando há uma negativa constante em cooperar com a equipe dirigente. Presencia-se esta tática logo nos primeiros momentos e ela é temporária, sendo o sistema de castigos e privilégios responsável por ajustar essa temporalidade. Carrano, por exemplo, logo compreendeu que a passividade e a cooperação seriam a chave para mantê-lo longe de problemas (GOFFMAN, 1974).

Cada vez mais rebelde dentro do hospício, já não sabiam mais o castigo que me dariam. Viviam sob o efeito da Turtulina. Enfiava o pedaço de pau na boca e mesmo assim sob o efeito, eu aprontava uma briga, apanhava, ou quebrava alguma coisa então. Um dia peguei uma vassoura e saí pelo corredor estourando todas as lâmpadas que via. (CARRANO, 1993, p. 123).

A seguir, vê-se a tática de afastamento da situação, que na instituição já é agravado pela larga utilização de medicamentos psicoativos, chegando a 25 comprimidos diários. Embora no caso de Carrano, o afastamento tenha sido consequência quase exclusiva da medicação, percebe-se que após tentativas frustradas de convencimento do erro dos seus

pais, ele decide voluntariamente entregar-se ao tratamento, abrindo mais caminho para este afastamento. Não há mais atenção ao que acontece ao seu redor, ficando alheio inclusive à sucessão dos dias.

Os dias passando: sessenta, setenta dias, eu não sei... Novos internos chegando. [...]Tudo acontecia lento em minha volta. Como se eu sentasse na frente de uma televisão e assistisse a um filme em câmera lenta. Via tudo acontecer... Mas não tinha forças e nem vontade de participar. Sair dali, já não tinha mais vontade. Folha seca em meus sentidos, indiferença geral, apenas minhas necessidades. (CARRANO, 1993, p. 90)

Este afastamento da situação parece levar-nos à próxima tática: a colonização. A pequena parcela de mundo oferecida pela instituição é tomada como um todo, percebendo-se aqui a construção de uma existência relativamente estável e satisfatória (GOFFMAN, 1974, p. 61). No caso em estudo, esta tática apresenta-se de forma tão profunda que o nosso personagem relata, logo após a sua desinternação, a necessidade e a vontade do retorno à sua antiga vida, pois somente ela parecia dotada de sentido.

- Eu quero ir para o sanatório...

Queria sim, e muito, voltar para o sanatório. Lá era o meu lugar, um esconderijo perfeito para mim – um louco. Onde ninguém iria cobrar nada: que eu era jovem, tinha que viver... que não podia ficar fedendo dentro do meu quarto... Lá ninguém se importava com ninguém. (CARRANO, 1993, p. 94)

Antes de dar o próximo passo é importante salientar a modificação de comportamento. Carrano se apresenta no começo da narrativa como um jovem aventureiro, cheio de amigos. Apaixonado pela liberdade da rua. Confrontar o início da sua história com a passagem abaixo é constatar o modo como a instituição que se propõe a curar é na verdade a principal causadora de doença:

Meus familiares tudo faziam para tirar-me daquele quarto. Recusava-me a sair. Os dias passando, eu só trancado em meu quarto. [...] Quando eles saíam para ir a algum lugar, me sentia bem. Trancava toda a casa e [...] Quando acontecia de chegar alguém, sabiam que eu estava trancado em casa. (CARRANO, 1993, p. 93)

#### 4.3. TERCEIRO E ÚLTIMO PASSO: A CRONIFICAÇÃO

Conceituar a cronificação é uma tarefa difícil. Elencar as características que a compõem parece a melhor forma de trazer entendimento. A cronificação pode se manifestar como avanço de uma doença já existente ou, como propõe Bravo (2007), como resposta ao tratamento dispensado ao paciente. Há um severo comprometimento da vida afetiva e das funções cognitivas, profundo alheamento e apragmatismo até a auto e hetero-agressividade de difícil controle. (SOUZA, 1993)

Austregésilo Carrano, por muito pouco, não deu este passo. Como dito anteriormente, a medicação administrada, somente no primeiro hospital, era de mais de 20 comprimidos diários, além das sessões semanais de eletrochoque e dos medicamentos para contenção de conflitos, como o haloperidol.

Nunca havia tomado tantos comprimidos em minha vida. Impregnado fiquei, de tal maneira que não conseguia desabotoar um botão de camisa [...] Indiferença tomando conta do meu ser. Sedado, eu não tinha mais vontade própria. [...] Comprimidos. Mais comprimidos. [...] Família (com papai, mamãe e irmãos) numa visita. Assustaram-se, com o autômato que encontraram. (CARRANO, 1993, p. 90)

Em cada instituição, há um relato peculiar sobre os crônicos da mesma, denominados “goiabas”. Suas principais características eram o afastamento da realidade, a incapacidade de regular as próprias necessidades fisiológicas, o comportamento animalesco, a alta dependência da instituição, o abandono da família etc.

Os crônicos de uma instituição, tal qual animais, acabam por agrupar-se e caracterizar o “canto” como um espaço único e pessoal. Quando Carrano inadvertidamente transpôs o limite físico deste espaço, foi recebido com olhares estranhos e ameaçadores. Nas palavras do próprio:

Não fui convidado para aquele espaço, portanto eu os ameaçava. [...] Espaço mínimo, só deles. Incrível o entendimento, o respeito que tinham um para o outro em seu espaço e fantasia. Brigavam entre si, pelas marcas visíveis de agressões [...] mas eram uma pequena comunidade, cada um aceitando as loucuras e fantasias individuais, sem impor-se um sobre o outro. (CARRANO, 1993, p. 53)

Aos malditos, o esquecimento. A cronificação parece trazer consigo a anulação completa da identidade. Sem família ou qualquer tipo de apoio, os crônicos da instituição

acabam por depender ainda mais dela. São pessoas amontoadas, controladas apenas pela necessidade de sobrevivência.

O que está por trás da cronificação dos pacientes em hospitais psiquiátricos? Onde o objetivo de cura se transformou na persistência da doença? Segundo Bravo (2007) a cronificação é consequência direta das condições institucionais, a saber, da falta de tratamento adequado. Tais condições estão presentes no relato de Carrano:

- E quem garante que eles não estão desse jeito [...] por causa desses choques? Desses medicamentos mal administrados? Desses desleixos de profissionais como esse Dr. Alô Guimarães, que simplesmente nos empilham aqui dentro e nos entopem de medicamentos? Quem são os responsáveis por eles estarem ali, naquele canto, reduzidos a verdadeiros mortos-vivos? [...] Mas quem se preocupa com um monte de indivíduos que já foram até abandonados por seus familiares? A quem importa um monte de inúteis? (CARRANO, 1993, p. 70)

Ao analisar o relato de Carrano, surge a compreensão de que, talvez, estar no canto dos malditos seja uma forma de fugir do resto da instituição. Considerando os mal tratos sofridos, o abandono e a administração desregrada de medicamentos, a cronificação do paciente, pois em suas alucinações há, para o observador, a sensação de que estão protegidos, “talvez em seus ostracismos, e catatonismos, eles se sentissem respeitados, amados, protegidos e confiantes.” (CARRANO, 1993, p. 84).

## **5. A TENTATIVA DE MUDAR: O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E A LEI 10.216/03**

Antes de haver o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), existiu no Brasil o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Seu surgimento aconteceu durante a ditadura militar e trouxe consigo debates sobre o tratamento dedicado aos pacientes, além das características de instituição total que possuíam, e ainda possuem, os hospitais psiquiátricos. Neste momento, militavam apenas os profissionais da saúde (BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. , 2012, p. 46).

Em 1987 ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, marco inicial para a luta antimanicomial, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Este congresso marcou o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, trazendo para a militância os usuários e seus familiares, ampliando assim os debates, e tendo

como resultado o Manifesto de Bauru:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. [...] Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; [...] pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental)

No entanto, é apenas em 1993 que surge a nomenclatura Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, durante o primeiro encontro do movimento. Para este ano, o lema era: “O Movimento Antimanicomial como movimento social”. Diversos encontros ocorreram ao longo dos anos, até que em 2001 ocorre uma crise, caracterizada pelo rompimento do Movimento e criação da Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA). O que se sucede é que o crescimento desregulado do movimento teve como consequência o empobrecimento dos debates, gerando divergências políticas e problemáticas na articulação que culminaram no rompimento. (BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. , 2012, p. 48)

Apesar da crise, é em 2001 que o movimento alcança a sua grande conquista. Nasce em abril deste ano a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, trazendo em seu texto diretrizes para o atendimento e tratamento de portadores de doença mental, além de contemplar ideias antimanicomiais ao expor, em seu art. 4º, que as internações, quaisquer que fossem, apenas seriam indicadas quando os recursos extrahospitais não fossem suficientes.

Parece, enfim, que a justiça chega para aliviar as dores de Carrano. Em seu posfácio, quando confronta o modelo do tratamento recebido com o prescrito pelos principais e mais renomados manuais de psiquiatria, tem-se um vislumbre do que seria o suspiro de alívio:

[...] Como no caso de uma cirurgia clínica, o paciente de quem se irá retirar um dos pulmões, deve ficar sabendo os pormenores, minuciosamente, para assinar ou não a permissão. Só que essas normas civilizadas, são de praxe na medicina tradicional, mas na Psiquiatria são negligenciadas. Minha família ficou sabendo que eu estava em tratamento de eletrochoque depois que eu já havia tomado alguns deles. E o

detalhamento minucioso do tratamento psiquiátrico não existe no setor da Psiquiatria. Os familiares geralmente não são comunicados de nada que está acontecendo. (CARRANO, 1993, p. 139)

No quesito informação, temos o inciso VII do art. 2º: “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”. Se os familiares de Carrano não sabiam o que se passava, tampouco ele tinha conhecimento. Como vê-se a seguir, os momentos que antecediam a aplicação do eletrochoque são particularmente desesperadores.

Meu terror era tanto, que de quatro, comecei a lamber o chão daquele quarto. Como penitência. Lambia. Lambia o chão. Minha língua ficou toda cheia de poeira – Senhora minha, Mãe Santíssima! Fazei com que ele não venha hoje, eu engulo essa sujeira... eu engulo!

Engoli tudo que estava na minha língua. E continuei a lamber o assoalho por várias vezes, implorando aos santos que fizessem com que aquele médico não comparecesse para a aplicação. [...] Sentia-me um animal ferido e acuado, preso naquele quarto [...] Preso, esperando o choque! (CARRANO, 1993, p. 77)

Para cada sofrimento de Carrano, um inciso libertador. Ainda no art. 2º temos o inciso VIII, que garante como direito do portador de doença mental o tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. É inegável a qualidade literária de nossas leis ao concederem direitos e dignidade. No entanto, 12 anos depois de sua promulgação, ainda encontramos relatos que são contrários ao previsto.

O relato de uma mãe cujo filho foi internado na Clínica El Shadai, em Bragança Paulista, interior de São Paulo, confirma o dito acima. Segundo ela, após uma tentativa de fuga, seu filho, tal qual Carrano, foi mantido durante uma semana em um pequeno quarto fechado, onde apenas recebia alimentação e tinha um balde como banheiro. Mas as denúncias não acabam aí, nem se limitam ao estado de São Paulo. Em 2003, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados recebeu denúncias sobre pacientes mortos após maus-tratos em um hospital do Rio Grande do Norte. Em 2009, veio ao público que os mais de 600 pacientes do Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, em Camaragibe, Pernambuco, sofriam com a falta de comida, roupas e condições de higiene. Os internos recebiam apenas uma refeição por dia, por ordem do Ministério Público, e o hospital funcionou até dezembro de 2010. (FAMÍLIAS..., 2011).

Em 2011, a Associação Brasileira de Psiquiatria realizou uma ação nacional de

avaliação dos hospitais psiquiátricos. Entre as recomendações, estavam a instituição de comissões internas de Revisão de Óbito e de Prontuário e Controle de Infecção Hospitalar, a adequação do quantitativo de recursos humanos, a elaboração de projetos terapêuticos institucionais, a instituição de um prontuário único, a disponibilização espaços para atividades coletivas, e uma adequação estrutura física, mobiliário e rouparia entre outros (BRASIL, 2011, p. 62).

Em 2013, uma mãe cujo filho estava internado no Hospital João Viana, no Rio de Janeiro denunciou a instituição por maus-tratos. Segundo ela, os enfermeiros haviam agredido o seu filho na boca, no pescoço e no abdômen. Ao pedir para visitar as dependências da instituição, sua entrada foi negada (MÃE..., 2013). Como Carrano advertiu, aos parentes jamais é permitida a transposição das barreiras dos jardins bem cuidados que cercam as instituições. A verdade por trás do dito tratamento deve ser escondida.

## **6. CONCLUSÃO**

A existência da norma reguladora é inegável, pois a Constituição traz em sua forma fundamental e a Lei 10.216 situa-a, dirigindo-a a um público específico. Para que a pergunta formulada no início seja respondida, deve-se mais uma vez confrontar os incisos da lei ao relato de Carrano, bem como ao relatório produzido após a avaliação de hospitais psiquiátricos no Brasil.

Há o direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, ao tratamento com humanidade e respeito, e ao interesse exclusivo de beneficiar a própria saúde. Este direito busca alcançar a recuperação do doente através da sua reinserção na família, no trabalho e na comunidade. Há o direito à informação e ao tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

Basaglia, nos responde a pergunta do título:

[...] analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico [...] podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu. (BASAGLIA, 1985, p. 107)

Há, no canto dos malditos o direito ao eletrochoque, sem preparação, sem consulta prévia. Direito a 25 comprimidos diários, cuja função é anestesiar a existência e



aumentar o apetite a fim de mascarar os maus-tratos sofridos, fazendo com que a família acredite na melhora do paciente. Há os dias de visitas, sem visitas, porque a família há muito já abandonou o seu “maldito”. Há o haloperidol, o triperidol para controlar a fúria gerada pelo abandono.

Existe a violência, não a pressuposta violência dos doentes, perigosos animais que devem permanecer encerrados em sua cela. Trata-se aqui da “sutil” e tortuosa violência perpetrada pelos sadios. (COOPER, 1974, p. 31)

O Sidrak Magalhães [...] numa aplicação das injeções perdeu a paciência depois de me ter furado uma porção de vezes e aplicou a injeção toda [...] Meu braço inchou de tal maneira que ficou o dobro do que era [...] Uma noite, ainda com meu braço muito dolorido, não conseguia dormir de dor [...] Comecei a gritar, chamando algum dos noturnos. Chamava e nada. Eles ficavam na sala de jogos, na sinuca. Podia morrer de gritar e eles não escutariam, ou nem dariam bola. (CARRANO, 1993, p. 115)

No canto dos malditos existe e impera a violação do direito, seja qual for ele. Retorna-se às casas criadas na Europa no século XVII, sem vocação alguma para o tratamento médico. Vê-se mais uma vez que a admissão não tem como objetivo final o tratamento e sim a exclusão da sociedade. (FOUCAULT, 1994, p. 79)

Se a violação é a regra, então a existência do direito está em cheque. Por conseguinte, não há direito para os malditos e sim para quem os controla. Seja em um relato específico ou no relatório de inspeção, encontrar o direito é uma tarefa árdua.

## 7. REFERÊNCIAS

BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. **Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios.** Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.rets.org.br/sites/default/files/2017-8050-1-PB.pdf>>, Acesso em: Agosto, 2013

BARRETO, Luiz Antônio. **Loucos de todo gênero.** Aracaju: Editora Diário Oficial, 2012.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde:** Ação Nacional - PT GM/MS no 2.398/2011 . Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saude-nov.2011>>. Acesso em: Agosto, 2013

BRAVO, Omar Alejandro. **As prisões da loucura, a loucura das prisões.** Psicol. Soc. [online]. 2007, vol. 19, n.2, pp. 34-41. ISSN 1807-0310

BRÍGIDO, Carolina. Família denuncia maus tratos a pacientes em hospitais psiquiátricos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 10 jun. 2011. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/politica/familias-denunciam-maus-tratos-pacientes-em-hospitais-psiquiatricos-2760052>>. Acesso em: Fevereiro, 2014

BUCKER, Leticia. Mãe denuncia maus-tratos em hospital psiquiátrico de Campos, RJ. **O Globo**, Rio de Janeiro, 14 nov. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2013/11/mae-denuncia-maus-tratos-em-hospital-psiquiatrico-de-campos-rj.html>>. Acesso em: Fevereiro, 2014

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos Malditos.** 2 ed. São Paulo: Lemus-Editorial, 1993.

CARDOSO, Danilo Almeida. **Medidas de segurança:** ressocialização e a dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2012.

COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria.** São Paulo: Editora Perspectiva SA, 1974

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 5 ed. São Paulo: Editora Perspectiva SA, 1974

MATOS, Virgílio de. **Crime e psiquiatria:** uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MONTEIRO, Janeme G. **Pinel:** o pai da psiquiatria. 1 ed. São Paulo: EDICON, 1990.

MOREIRA, Diva. **Psiquiatria:** controle e repressão social. Petrópolis: Vozes, 1983.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL, 2, 1987, Bauru. **Manifesto de Bauru.** Disponível em: <[http://www.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta\\_de\\_bauru](http://www.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=carta_de_bauru)>. Acesso em: Agosto, 2013